SCHWANGERSCHAFTSABBRUCH AUS NEUROLOGISCH–PSYCHIATRISCHER SICHT

INAUGURALDISSERTATION

zur Erlangung der Doktorwürde der

HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT

DER UNIVERSITÄT DES SAARLANDES

vorgelegt von

Hans-Werner Böttcher

Saarbrücken

1973

Aus der Nervenklinik der Universität des Saarlandes
Direktor: Prof. Dr. med. H.-H.Meyer

SCHWANGERSCHAFTSABBRUCH AUS NEUROLOGISCH-PSYCHIATRISCHER SICHT

(über eine siebenjährige Gutachtertätigkeit in der Universitäts-Nervenklinik Homburg/Saar)

I N A U G U R A L D I S S E R T A T I O N

zur Erlangung der Doktorwürde

der

HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT

DER UNIVERSITÄT DES SAARLANDES

vorgelegt von

Hans-Werner Böttcher

geb. am 25.2.1943 in Metz

Dekan: Prof. Dr. med. H. Kulenkampff

Referent: Prof. Dr. med. G. Wolf

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Tag der letzten mündlichen Prüfung
7. September 1973

Inhaltsverzeichnis

Seite

Einleitung 1

Einstellung der christlichen Kirchen 4

Die katholische Kirche 4

Die evangelische Kirche 1o

Die jüdische Morallehre 12

Rechtsgrundlage in der Bundesrepublik Deutschland 13

Indikationskataloge einiger Länder 2o

Methodik und Material 21

Ausführung 23

Operationstechnik und Operationsrisiko 25

Spätschäden nach der Operation 27

Psychiatrisch-neurologische Begutachtungspraxis 28

Anteil der neurologischen und psychiatrischen Krankheitsbilder bei der Antragstellung und Begutachtung. 3o

Chronologische Zusammenstellung der neurologischen und psychiatrischen Krankheitsbilder 35

Abhängigkeit der Antragstellung vom Alter der Schwangeren 36

Abhängigkeit der Antragstellung von den Ehejahren .. 38

Antragstellung und gutachterliche Stellungnahme in Abhängigkeit von der Zahl der Schwangerschaften, Kinder und Aborte 4o

Abhängigkeit der Zahl der Anträge und Begutachtung: der Schulausbildung der Frau, dem Beruf der Frau, dem Beruf des Ehemannes, der Konfession 42

Seite

Einstellung der Graviden zur bestehenden Schwangerschaft 47

Spezieller Teil 51

Schwangerschaft und psychiatrisch-neurologische Krankheit 51

Schwangerschaft und neurologische Krankheit 52

Epilepsie und Schwangerschaft 53

Hirntumor und Schwangerschaft 57

Medulloblastom und Schwangerschaft 61

Encephalomyelitis disseminata und Schwangerschaft 64

Angiom, Aneurysma, subarachnoidale Blutung und Schwangerschaft 7o

Hirnvenenthrombose, Sinusthrombose und Schwangerschaft 73

Epikritische Zusammenfassung der Patientinnen mit neurologischer Erkrankung und Schwangerschaft 77

Schwangerschaft und psychiatrische Krankheit 79

Endogene Psychosen 79

Schizophrenie und Schwangerschaft 83

Zyklothyme Depression und Schwangerschaft 95

Epikritische Zusammenfassung der Patientinnen mit endogener Psychose und Schwangerschaft 98

Reaktive Depression und Schwangerschaft und Suizidalität (bei reaktiver Depression) 1o1

Epikritische Zusammenfassung der Patientinnen mit reaktiver Depression und Schwangerschaft 11o

Suizidalität und Schwangerschaft 112

Antragstellung und Begutachtung in Abhängigkeit von: der psychiatrischen Belastung durch die Schwangerschaft, neurologisch-psychiatrischen Schwangerschaftskomplikationen, der Anzahl der neurologisch-psychiatrischen Komplikationen überhaupt 115

Erbmedizinische (eugenische Indikation 119

Seite

Psychopharmaka und Fruchtschädigung 121

Epilepsie, Vererbung und Fruchtschädigung 123

Vererbungswahrscheinlichkeit von Schizophrenie, Epilepsie, manisch-depressiver Psychose und Schwachsinn 123

Fruchtschädigung durch temporäre Anoxie der Schwangeren 124

Zytostatika und Fruchtschädigung 126

Röntgenstrahlen und Fruchtschädigung 128

Rubeolen und andere Virusinfektionen und Schwangerschaft 129

Phänokopie einer Erbkrankheit (angeborener Schwachsinn 132

Schlußbetrachtung 134

Zusammenfassung 135

Literaturübersicht 137

Einleitung

Durch diese Arbeit soll retrospektiv nachgeprüft werden, ob bei der Befürwortung eines Antrages auf Schwangerschaftsabbruch durch ein nervenärztliches Gutachten der Universitätsklinik Homburg-Saar von 1965 - 1972

1. nur die rein "medizinische Indikation" herangezogen wurde, oder ob
2. auch die "soziale, eugenische (erbmedizinische) und ethische Indikation" sowie
3. weltanschauliche Einstellungen mitberücksichtigt wurden, und ob
4. sich eine zeitliche Änderung der Einstellung des nervenärztlichen Gutachters von 1965 bis Anfang 1972, korrespondierend zu den öffentlichen Forderungen nach Indikationserweiterung und den Strafrechtsreformentwürfen von 1960, 1962 und 1971/72, abzeichnet.

Um die Problematik der Interruptio graviditatis möglichst ausführlich zu beleuchten, sei ein kurzer geschichtlicher

Abriß gegeben. Dabei sollen die von weltanschaulichen und religiösen Bindungen abhängigen Einstellungen zu dem Problem am Beispiel der beiden größten christlichen Religionen und des Judentums vorgestellt werden. Weiterhin ist die derzeitige Rechtslage zu erörtern, und die geplanten Reformen sind zu besprechen.

In dem Diskussionsbeitrag zu den einzeln vorgestellten psychiatrisch-neurologischen Krankheitsbildern werden auch die jeweiligen Kriterien, die zur Beurteilung einer Indikation zum Schwangerschaftsabbruch herangezogen werden müssen, aufgezeigt. Dazu gehören auch das Operationsrisiko, die körperlichen und seelischen Früh- und Spätschäden nach einer durchgeführten Interruptio sowie das Risiko einer Verschlimmerung des Nervenleidens, die Selbstmordgefahr und die potentielle Zufluchtssuche der Antragstellerin bei "Kurpfuschern" oder "Engelmacherinnen" nach abgelehntem Antrag, mit den hierdurch gegebenen Gefahren.

Der Schwangerschaftsabbruch ist nicht erst ein Problem der heutigen hochtechnisierten Zeit geworden, schon vor der hellenistischen Blütezeit beschäftigte man sich mit dieser Frage. In der Zeit Hammurabis subsummierte man die menschliche Frucht in die Rubrik "Sachwert" (DÖRING, 1968). Das soziale Moment und der extrauterine Mensch waren dem

noch in utero befindlichen menschlichen Lebewesen übergeordnet. Hippokrates konstatierte, daß sich erst nach dem 4o. Tag post conceptionem "die Frucht in einzelne Glieder ausdifferenziert", d. h.,bis zum 4o. Tag p. c. wurde der Embryo noch nicht als Mensch bezeichnet (R.HERRLINGER, 1963). Aristoteles glaubte an eine Sukzessivbeseelung des menschlichen Körpers. Primär werde der Körper von einer Pflanzenseele (vegetative Seele) bewohnt. Danach erfolge die Beseelung mit einer sensitiven Seele (Tierseele) und anschließend mit einer Anima rationalis (u.a. MUTH und ENGELHARDT, 1964). Erst,wenn der Körper von der Anima rationalis bewohnt wurde, sprach man von einem menschlichen Lebewesen. Die Inkorporation der Anima rationalis sollte beim Knabenembryo am 4o. Tag p.c. und beim weiblichen Embryo am 8o. Tag p.c. erfolgen. Aristoteles setzte sich für einen Schwangerschaftsabbruch bei zu großer Kinderzahl, bei überalterten Eltern und bei "konsumierenden Krankheiten" ein (KAESER, 1963). Im alten Rom, in der Zeit der Stoiker, setzte man alte Menschen und kranke Sklaven auf der Tiberinsel am Heiligtum des Asklepios aus (HERRLINGER, 1963). Römische Gravide hatten die Möglichkeit zu entscheiden, ob die Austragung einer Schwangerschaft für sie körperlich und auch wirtschaftlich zumutbar war oder ob die Schwangerschaft abgebrochen werden sollte (u.a.HERRLINGER, 1963).

Einstellung der christlichen Kirchen

Die katholische Kirche:

Die Bibel gibt keine präzise Auskunft über den Zeitpunkt der Beseelung und über die Schwangerschaftsabtreibung. Aus dem zweiten Buch Moses im 21. Kapitel erfahren wir, daß die menschliche Frucht einen niedrigeren Stellenwert als die Mutter besitzt und der provozierte Abort einer Sachbeschädigung gleichkommt. Die Festsetzung der Strafhöhe wird dem Ehemann überlassen.

Exodus 21, 22-23:
"Wenn Männer hadern und verletzen ein schwangeres Weib, daß ihr die Frucht abgeht, und ihr kein Schade widerfährt, so soll man ihn um Geld strafen, wieviel des Weibes Mann ihm auferlegt, und er soll's geben nach der Schiedsrichter Erkennen".

"Kommt ihr aber ein Schaden daraus, so soll er lassen Seele um Seele".

Bis ins hohe Mittelalter war der künstliche Abort bei zu erwartenden Geburtskomplikationen erlaubt. Erst in der Blütezeit der römisch-katholischen Kirche, in der Zeit der Hochscholastik, wurde die Abtreibung der menschlichen

Frucht rigoros verboten. Die Scholastik übernahm einen großen Teil der Vorstellungen von Aristoteles. Besonders eingehend beschäftigte sich Albertus Magnus und später sein Schüler Thomas von Aquin mit der Frage der "Animatio foetalis". Nach der Lehrmeinung von Albertus Magnus erfolgt die Beseelung des Menschen mit der "Anima rationalis" im Augenblick der Konzeption. Thomas von Aquin hielt jedoch an der alten Vorstellung fest, daß erst am 4o. Tag resp. 8o Tag p.c. "durch formative Kraft aus einer Möglichkeit eine Wirklichkeit wird" (zit. nach HERRLINGER, 1963), daß dann aus der "substantia incompleta" durch Beseelung eine "substantia completa" entstehe. Die katholische Kirche hielt sich an die Lehrmeinung von Albertus Magnus. Dieser Haltung ist sie bis in die heutige Zeit treu geblieben. Da keine genauen Angaben über den Zeitpunkt der Animatio foetalis gemacht werden können, wählen die katholischen Theologen den sichersten Kurs und nehmen die Präsenz des menschlichen Lebens schon vom Zeitpunkt der Befruchtung an (J.T. McHUGH, 197o).

Die "obersten Hirten" der katholischen Kirche haben sich bis in die heutige Zeit entschlossen, die Abtreibung grundsätzlich zu verwerfen. Es wird sogar verboten, eine therapeutische Interruptio durchzuführen, auch wenn bei Aufrechterhaltung der Schwangerschaft das Leben der Mutter in größte Gefahr gerät (vitale Indikation). Jeder, der vorsätz-

lich eine Abtreibung herbeiführte, auch wenn ein guter Zweck beabsichtigt war, sollte exkommuniziert werden (Kanonisches Recht 1918 Can. 2350). In der Enzyklika "casti connubii" schreibt Papst Pius XI. folgendes:

" ...quantopere Nos misereat matris, cui ex naturae officio gravia imminent sanitatis, immo ipsius vitae pericula: at quae possit umquam causa valere ad ullo modo excusandam directam innoncentis necem ?" (aus Textus et Documenta 1953).

"Wie sehr wir es mitempfinden, daß mancher Mutter aus der Erfüllung ihrer Mutterpflichten große Gefahren für die Gesundheit oder gar das Leben entstehen ... aber was für ein Grund vermöchte jemals auszureichen, um die direkte Tötung eines Unschuldigen zu rechtfertigen ?".

"Non occides! ... Res enim aeque sacra utriusque vita, cuius opprimendae nulla esse unquam poterit ne puplicae quidem auctoritati facultas ... Non esse facienda mala ut eveniant bona " (Römer III, 8).

Gleich heilig ist beider Leben, das zu vernichten selbst die Staatsgewalt keine Befugnis hat ... Man darf

nicht Böses tun, um damit Gutes zu stiften" (Römer III, 8 - Übers. nach C. MÜLLER, 1964).

Dieses Zitat ähnelt dem Postulat des heiligen Thomas: "... darum darf man auf keine Weise Böses tun, damit daraus etwas Gutes erwachse. Das Gute aber soll man nicht auf jegliche Weise tun; darum muß man bisweilen etwas Gutes unterlassen, damit große Übel vermieden werden" (Thomas-Brevier I, 82; J. PIEPER, 1956).

Auf dieses dritte Kapitel des Römerbriefes beruft sich auch Papst Pius XII in seiner Ansprache vor dem italienischen Hebammenkongreß am 29. Oktober 1951:

"... Cosi, per esempio, salvare la vita della madre è un nobilissimo fine; ma l'uccione diretta del bambino come mezzo a tal fine, non è lecita".

"... So ist z.B. die Rettung des Lebens der Mutter ein sehr edles Ziel; aber die direkte Tötung des Kindes als Mittel zu diesem Ziel ist nicht erlaubt".

Es gäbe"keine menschliche Autorität, keine Wissenschaft, keine medizinische, eugenische, soziale, wirtschaftliche

oder ethische Indikation, die einen Rechtstitel darstellen könnte zu einer direkten überlegten Verfügung über schuldloses Menschenleben, die auf Vernichtung abzielt, sei sie Selbstzweck, sei sie Mittel für einen anderen Zweck, der an sich vielleicht nicht unerlaubt ist"(zit. nach C. MÜLLER, 1964).

Eine ähnliche Ansprache hielt Pius XII vor dem Kongreß "Front der Familie" am 26. November 1951. Jedoch machte er jetzt eine Einschränkung. Ein Schwangerschaftsabbruch "als unvermeidliche Nebenfolge zur Rettung der Mutter notwendiger Eingriff kann statthaft sein". Auch der jetzige "Pontifex maximus" Papst Paul VI blieb der alten Doktrin treu:

"... es ist niemals erlaubt, - auch aus noch so ernsten Gründen nicht -, Böses zu tun, um eines guten Zweckes Willen; das gilt auch, wenn dies mit der Absicht geschieht, das Wohl des Einzelnen, der Familie oder der menschlichen Gesellschaft zu schützen oder zu fördern."

Heute steht das katholische Lehramt der vitalen Indikation nicht mehr so kategorisch ablehnend gegenüber. Karl RAHNER erklärt, daß die "Hierarchie des Amtes"nicht identisch mit einer "Hierarchie der freien Charismen in der Kirche" ist,

"dessen Träger nach freier Gnadenwahl Gottes allein ... nicht nur die Kleriker" sind. Er greift die unrealistische Traditionstreue des Papstes an, indem er sagt, daß "Altes für die Verbesserung nicht bedürftig gehalten wird, bloß weil es althergebracht - ehrwürdig - ist". Seit der Herausgabe des päpstlichen Rundschreibens "Humanae vitae" wird in der katholischen Kirche zwischen authentischer (amtlicher) (BÖCKLE, 1968) und unfehlbarer Lehrverkündung (GRENNER, 1968) unterschieden. Von klerikaler Seite her wird dem Laienchristen ein eigenes Urteilsvermögen zugesprochen, "kraft dessen" er "grundsätzlich in der Lage" ist, zu beurteilen, "was der Wille Gottes ist, was gut, wohlgefällig und vollkommen" ist (Römer, 12, 2). "Enzykliken sind, wo sie sich an die Gesamtkirche wenden, Ausdruck der obersten Lehrgewalt des Papstes, deshalb aber noch keine unfehlbare Lehrentscheidung" (N.BACHST, 1959). Es wird deutlich, daß das katholische Lehramt keineswegs die Enzykliken von 193o und 1968 als unantastbare Dogmen sieht. Es entschließt sich immer mehr, das Apostulat des Laienchristen (Mitarbeiter der Wahrheit) anzuerkennen. Die Entscheidung zu einer Handlung bei Pflichtenkollision soll dem individuellen Gewissen überlassen sein, wie z.B. beim "Konkurrenzkampf zweier Leben", der Alternative: Mutter oder Kind.

Die evangelische Kirche:

Die protestantische Richtung nimmt keine so eindeutige Haltung ein. Im 18. Jahrhundert gab es zwei unterschiedliche Auffassungen über den Zeitpunkt der Beseelung des Menschen. SCHUMANN (1712) meinte, sie erfolge am 4o. Tag p. c. (Ähnlich wie Thomas von Aquin), und BOCK (1726) hielt sich an die geltende katholische Festlegung (MUTH, ENGELHARDT, 1964). Die protestantischen Theologen treten heute mehr oder weniger für eine medizinische Indikation ein. Sie überlassen es dem einzelnen Christen,sich in einem Grenzfall, wie der medizinischen Indikation, für oder gegen die Abtreibung zu entscheiden. Nach THIELICKE kann uns niemand die Entscheidung in dem Grenzfall der "tödlichen Konkurrenz zweier Leben" abnehmen. Die "theologische Ethik präpariert nur das Material unserer Entscheidung", indem "sie uns die Alternative, um die es geht, herauszuarbeiten hilft". In dem Konfliktfall der Grenzsituation wird es erforderlich,zu dem "qualitativen Gesichtspunkt" (das menschliche Leben ist in jeder Gestalt sakrosankt) eine "quantitative Differenzierung" zu treffen. Nur dann sei die Entscheidung "nicht nur erlaubt, sondern geboten". Auch Karl BARTH meint, daß der ungeborene Mensch "keinen Anspruch darauf hat",unter allen und jeden

Umständen erhalten zu werden: "... Es gibt Situationen, in denen die Tötung keimenden Lebens nicht Mord, sondern geboten ist" (Dogmatik III,4). Nur, wenn die Abtreibung als "ultima ratio" erfolgt, kann mit einer Vergebung (Gnadenakt) von der Abtreibungssünde gerechnet werden. Jeder Beteiligte muß sich allein in "großer Einsamkeit und Verborgenheit" vor Gott verantworten (K. BARTH, 1951; H. THIELICKE, 1958; E. JÜNGEL, E. KÄSEMANN, J. MOLTMANN und D. RÖSSLER, 1971; W. SCHWEITZER, 1971).

Die evangelischen Theologen sind sich darin einig, daß "die Mitwirkung der Kirche an strafrechtlichen Bestimmungen" ihre Kompetenz überschreitet (JÜNGEL, KÄSEMANN, MOLTMANN und RÖSSLER, 1971; W. SCHWEITZER, 1971). Auch seien die "theologischen Urteile" keineswegs Gesetzestexte, sondern nur "Auslegungen des Evangeliums" und "Zumutungen der Kirche an den Gesetzgeber " (JÜNGEL, KÄSEMANN, MOLTMANN und RÖSSLER, 1971). Die Gesetzgebung des Staates könnte nur festlegen, was strafbar ist, aber nicht darüber entscheiden, was "gut oder böse ist vor Gott" (zit. nach W. SCHWEITZER, 1971). Die "objektive Unerlaubtheit" entspricht nicht immer einer "subjektiven Schuld", wie z.B. bei "unvorhergesehenen Fällen (Casus (perplexi) in denen als letzte Richtschnur das wohlunterrichtete Gewissen bleibt" (RGG = Religionen in Geschichte und Gegenwart). Eine "heilsame Unruhe" wäre von großem

ethischen Nutzen (MENDE, 1968).

Jüdische Stellungnahme:

Im Talmud wird die Festsetzung der Strafhöhe bei provoziertem Abort nach Gesichtspunkten der Wertverminderung bemessen (Jüdisches Lexikon Bln.). Nach der orientalischen Auffassung ist die Abtreibung undenkbar, jedoch wird die Bestrafung der Beteiligten dem göttlichen Gericht überlassen. Die Verhinderung der Empfängnis ist unzulässig. Der Mensch soll "das Seinige tun und dem Himmel das Weitere überlassen" (s. a. 1 Mos. 38,1-11).
Die Beseelung der Frucht erfolgt am 4o. Tag nach Befruchtung. Vor dieser Zeit soll es sich nicht um ein Lebewesen handeln. Nach der jüdischen Moraltheologie kann erst ab dem 3. Schwangerschaftsmonat von menschlichem Leben gesprochen werden. In der rabbinischen Literatur gilt:
"As long as the child did not comeout into the world it is not called a living Being and it is therefore, permissible to take its life in order to save the life of its mother", also auch eine vitale Indikation, und bei Geburtskomplikationen ist es erlaubt "to cut up the child inside her womb and take it out limb by limb " (Rabbi David GRAUTBART, 197o). In der Encyclopädia Judaica steht: "An abortion performed in good faith an in order to save the

mother's life, or to prevent for suffery serious physical or mental injury, is not a punishable offence", d.h. eine medizinische Indikation (bei Gefahr für Leben oder Gesundheit der Mutter). Im großen und ganzen steht nach der heutigen Auffassung der evangelischen und jüdischen Moraltheologie der geltenden Rechtsvorschrift, betreffs der "medizinischen Indikation" (vitale Indikation) zum Schwangerschaftsabbruch, nichts mehr im Wege. Die katholische Kirche dürfte da wohl doch noch Vorbehalte machen. Es besteht aber auch hier die Tendenz, das individuelle Gewissen als letzte irdische Entscheidungsinstanz anzuerkennen, da jeder sich alleine vor Gott verantworten muß.

Rechtsgrundlage in der Bundesrepublik Deutschland:

Die heute gültigen Rechtsvorschriften der Bundesrepublik Deutschland basieren auf dem Strafgesetzbuch des Deutschen Reiches vom 15. Mai 1871 in der Fassung der Bekanntmachung vom 1. 9. 1969.

Der illegale Schwangerschaftsabbruch wurde nach dem alten StGB des Deutschen Reiches nach Maßgabe der §§ 218 - 22o mit Zuchthaus bis zu 15 Jahren bestraft. Trat der Tod der

Schwangeren ein, so konnte mit lebenslänglichem Zuchthaus gerechnet werden. Der medizinischen Indikation zur Interruptio fehlte lange Zeit die Rechtsgrundlage. Erst im Jahre 1918 stellte die preußische wissenschaftliche Deputation für das Medizinalwesen, durch Hinzuziehung von Vertretern der Ärztekammern, Leitsätze auf mit beigefügtem Gesetzesentwurf gegen die Sterilisation und "Schwangerschaftsunterbrechung".

Der Schwangerschaftsabbruch sollte erlaubt sein, wenn bei der Schwangeren "infolge einer bereits bestehenden Erkrankung eine unvermeidlich schwere Gefahr für Leib oder Gesundheit vorliegt, die durch kein anderes Mittel" als durch die Interruptio abgewendet werden kann (zit. nach 1. Strafsenat des RG 1927). Dieser Leitfaden wurde zwar in den Reichstag eingebracht, jedoch nicht erledigt. Zur Rechtsgrundlage wurden diese Leitsätze erst durch die höchstrichterliche Entscheidung des ersten Strafsenates des RGs im Urteil vom 11. März 1927 (RGSt. 61,242). Nach der früheren Rechtssprechung war der Schwangerschaftsabbruch durch den Arzt objektiv rechtswidrig und nur in den Grenzen des § 54 entschuldbar. In der Rechtssprechung des erkennenden Senats sollte die Rechtswidrigkeit des Schwangerschaftsabbruchs durch den Arzt innerhalb eines Rechtfertigungsgrundes aufgehoben werden. Da zum Begriff des Verbrechens

der äußere Tatbestand und die Rechtswidrigkeit gehören, bleibt der Arzt in den Grenzen der medizinischen Indikationsvorschrift straffrei. Dazu wurden die §§ 227, 228 und 9o4 BGB herangezogen, sowie § 54 StGB (Notzustand, Güter- und Pflichtenabwägung). Der Schwangerschaftsabbruch sollte erlaubt sein, wenn

1. der Schwangerschaftsabbruch das einzige therapeutische Mittel darstellt, zur Rettung des Lebens der Mutter oder zur Abwendung eines schweren gesundheitlichen Schadens der Mutter,

2. die wirkliche oder mutmaßliche Einwilligung der Schwangeren zu dem Eingriff vorliegt,

3. der Eingriff lege artis erfolgt, d. h. der Eingriff durch "einen zur Beurteilung der Voraussetzung fähigen Dritten".

Nur dann wird nicht gegen die geltende Rechtsvorschrift verstoßen. Eine ausdrückliche gesetzliche Regelung der medizinisch erlaubten Indikation erfolgte am 14. 7. 1933 (RGBl 529) durch das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (sog. Erbgesundheitsgesetz).

§ 14,1 des ErbgesGes.:

Eine Unfruchtbarmachung oder Schwangerschaftsunterbrechung, die nicht nach den Vorschriften dieses Gesetzes erfolgt, ist nur dann zulässig, wenn ein Arzt sie nach den Regeln der ärztlichen Kunst zur Abwendung einer ernsten Gefahr für das Leben oder die Gesundheit desjenigen, an dem er sie vornimmt, und mit dessen Einwilligung vollzieht".

Nach dem Zusammenbruch des "Dritten Reiches" herrschte in Deutschland eine große Rechtsunsicherheit, da die Vorschriften des ErbgesGes. in der russisch besetzten Zone (EHRHARDT, VILLINGER 1961) aufgehoben wurden und in der amerikanischen Zone am 12. 6. 1946 die Wiedereröffnung der Erbgesundheitsgerichte generell untersagt war (TRAENKER 1953). Im Kontrollratsgesetz Nr. 11 vom 3o. 1. 1946 (VOBl der Stadt Berlin) wurden einige Vorschriften des deutschen Strafrechts ausdrücklich aufgehoben, u. a. § 226 b (Amtsblatt des KR 1945-48 S. 55). In Hessen wurde durch die Verordnung vom 16. 4. 1946 (Hess GVBl 1946, 117) und in Bayern durch das Gesetz vom 2o. 11. 1945 (Bayer.GBl. 1945, S.1o6) das Erbgesundheitsgesetz rechtsunwirksam. Durch die allgemein herrschenden sozialen Mißstände in den ersten Nachkriegsjahren, sowie durch die rapide zunehmenden Notzuchtverbrechen bedingt, wurde in fast allen deutschen Ländern die juristische (ethische oder humanitäre) Indikation praktiziert. In einigen mitteldeutschen Ländern erfolgte

sogar die Legalisierung der sozialmedizinischen Indikation. Sie wurde aber im Jahre 1950 durch das Mutterschutzgesetz der DDR wieder aufgehoben (MUTH, ENGELHARDT 1964).
Heute stellen der § 14 Abs. 1 des ErbgesGes. in der Fassung vom 26. 3. 1935 (RGBl. 1035), die Artikel 2 - 5 und 14 der 4. Ausführungsverordnung vom 18. 7. 1935 und der § 5 der Verordnung vom 31. 8. 1939 die Rechtsgrundlage in allen Bundesländern, außer Bayern und Hessen, dar. Der § 14 Abs. 1 des ErbgesGes. entspricht in groben Zügen der Reichsgerichtsentscheidung vom Jahre 1927. In Bayern und Hessen knüpfte man an diese höchstrichterliche Entscheidung an (übergesetzlicher Notstand). Durch die Entscheidungen des Bundesgerichtshofes (BGHSt 1, 329; 2, 111; 3, 7 u.a. und NJW 1959 2027) wird die "Zulässigkeit der Schwangerschaftsunterbrechung unter dem Gesetz der Güter- und Pflichtenabwägung ... an nicht weniger enge Voraussetzungen geknüpft, als unter dem § 14,1 ...".

1. Abwendung einer ernsten Gefahr für Leib oder Gesundheit der Mutter.
2. Die Einwilligung der Mutter.
3. Das einzig mögliche therapeutische Mittel (sonst nicht gerechtfertigt).
4. Vorausgehende sorgsame und sachgemäße Prüfung (nötiger Sachverhalt).

5. Gutachterkommision.

6. Die Durchführung durch einen Arzt.

7. Die Durchführung in einem Krankenhaus.

Dadurch erreichte man wieder eine bundeseinheitliche Regelung. Im Strafrechtsreformentwurf vom Jahre 1960 wurde dem Bundestag vorgeschlagen, den Indikationskatalog um die ethische (juristische) Indikation zu erweitern. Das wurde abgelehnt. Der Reformentwurf von 1962 sah nur noch die rein medizinische Indikation vor. Im Jahre 1971 beschäftigte sich der Sonderausschuß für Strafrechtsreform mit einer Neuregelung. Die ethische und die eugenische (erbmedizinische) Indikation sollte gesetzlich sanktioniert werden. Die FDP und im außerordentlichen Parteitag im November 1971 die SPD sprachen sich für eine Fristenregelung aus. Nach E. SCHAETZING (1972) entstände durch diese Legalisierung der Fristenregelung (Straffreiheit bei Abtreibung in den ersten drei Monaten nach Empfängnis) eine große Rechtsverwirrung. Sie entspräche einer Aufhebung des § 218 StGB (siehe auch § 1592 BGB). Danach folge mit Berücksichtigung der im BGB definierten Empfängniszeit und den straffreien drei Monaten eine straffreie Zeit von 212 Tagen.

Medizinische Richtlinien:

In mehreren neu bearbeiteten Leitfäden von WINTER und später auch NAUJOKS (1918, 1949 und 1954), MUTH, ENGELHARDT (1964) und MÜLLER, STUCKI (1964) wurden dem begutachtenden Arzt "Richtlinien zur medizinischen Indikation der Schwangerschaftsunterbrechung" empfohlen.
Nur zur Orientierung über die diesbezügliche Rechtsgrundlage im Ausland, sollen noch die Indikationskataloge einiger anderer Länder angeführt werden.(Tabelle 1)

Die gesetzlich erlaubte "soziale Indikation" entspricht fast immer einer vollständigen Liberalisierung des Schwangerschaftsabbruchs. Diese Feststellung wird fast ausnahmslos in der einschlägigen Literatur bestätigt. Als Grund für die Einführung dieser Indikation gibt der Gesetzgeber oft eine daraus resultierende Abnahme der provozierten Aborte durch eigene Manipulationen oder durch illegale "Helfer" an. Daß diese gesetzliche Maßnahme zur Bekämpfung des illegalen Aborts trotzdem weitgehend unwirksam ist, liegt vielleicht an dem langwierigen bürokratischen Genehmigungsverfahren, dem öffentlichen Charakter der Gutachterkommission oder überhaupt an der jeweiligen Lebenssituation. Grundsätzlich sollte man bei der Begutachtung den Schwangerschaftsabbruch als letztes therapeutisches Mittel ansehen.

TABELLE 1

Indikationskataloge einiger Länder

x' = sozialmedizinische Indikation

Indikationen:	med.	(vit.)	erbmed.	(eug.)	jurist.	(eth).	soz.	Liberalisierung
Argentinien	x				x		x	
Bundesrepublik Deutschl.	x							
Brasilien	x		x		x			
Bulgarien								bis 3 Mon.
Dänemark	x		x		x		x'	
DDR	x		x					
England u. Schottl.	x	(bis 28 w. u.Sozialklausel)	x					1 20 1
Finnland	x		x		x			
Frankreich	x							
Griechenland	x				x	(weit)		
Indien	x							
Japan								x
Jugoslawien	x		x		x		x	
Österreich	x		x					
Persien	x							
Polen	x				x		x	
Portugal	ø							
Schweden	x		x		x		x'	
Schweiz	x	(auch privatärztliche Gutachten zugelassen)						
SU								x
Spanien	ø							
Türkei	x							
USA	x	(in einz. Staaten unterschiedlich)						

von folgenden Autoren übernommen: K.H.MEHLAN (196o), W. MENDE (1968), K. HÄNDEL (1969).

Außerdem sollte von staatlichen Fürsorgeämtern und auch von christlichen Caritasverbänden eine gründliche Sexualaufklärung mit Anleitung über den Gebrauch von Kontrazeptionsmitteln erfolgen. Nur, wenn er die ultima ratio darstellt, ist der Schwangerschaftsabbruch juristisch und auch moralisch gerechtfertigt.

Methodik und Material:

Es soll untersucht werden, inwieweit bei der Antragstellung und bei der Begutachtung zur Frage des Schwangerschaftsabbruchs aus psychiatrischen oder neurologischen Gründen soziale, weltanschauliche, erbmedizinische, juristische Momente mitberücksichtigt werden. Außerdem soll nachgeprüft werden, welche neurologischen und psychiatrischen Symptome eine ausschlaggebende Rolle bei der Indikationsstellung spielen.
Zur Verfügung stehen 24 Krankenblätter mit insgesamt 22 nervenfachärztlichen Gutachten aus der Universitätsklinik Homburg-Saar aus dem Zeitraum von 1965 bis Anfang Januar 1972. Unter den 24 Fällen befinden sich 7 neurologische und 17 psychiatrische Patientinnen. 23 Gutachten wurden erstellt, davon 22 in der hiesigen Nervenklinik, 1 Gutachten

stammt aus einem auswärtigen Krankenhaus.
1 Patientin starb ganz plötzlich, bevor ein Gutachten ausgestellt werden konnte.
Die Kasuistik wird dahingehend untersucht, ob folgende Faktoren bei der Antragstellung und Begutachtung zum therapeutischen Abort einen Einfluß hatten:

A) 1. Das Jahr der Begutachtung resp. Antragstellung
   2. Das Alter der Antragstellerin
   3. Der Ehestand
   4. Die Zahl der Schwangerschaften (Geburten und Aborte)
   5. Die Schulausbildung der Schwangeren
   6. Die Berufe der Frau und des Ehemannes
   7. Die Konfession
   8. Die Einstellung der Antragstellerin zur bestehenden Schwangerschaft
   9. Die Belastung durch Schwangerschaft und weiteres Kind

B) Psychiatrisch-neurologische Faktoren
   10. Die psychische Belastung
   11. Die psychiatrischen Defektzustände und neurologischen Ausfallserscheinungen
   12. Frühere und/oder bestehende psychiatrische oder neurologische Schwangerschaftskomplikationen

13. Die Zahl der Schübe während den Schwangerschaften
14. Zahl der stationären Aufenthalte (resp. Schübe)

C) 15. Die erbmedizinische mitdeterminierte Indikation

Es wird jeder einzelne Fall vorgestellt, die gutachterliche Stellungnahme erörtert und mit der einschlägigen Literatur verglichen.
Danach wird auf die Suicidalität der Patientinnen und auf erbmedizinisch mitdeterminierte Antragsgründe eingegangen.

Ausführung:

In der Begutachtungspraxis ist es primär erforderlich, sich an die in dem Land geltenden Gesetzesvorschriften zu halten. Da in der Bundesrepublik Deutschland der Indikationskatalog bis heute nur die "medizinische Indikation" als einzig gegebene umfaßt, ist der Arzt juristisch verpflichtet, sich daran zu halten. Es besteht zwar die Möglichkeit andere Faktoren mitzuberücksichtigen, aber diese anderen Determinanten dürfen de jure nur im Rahmen der medizinischen Indikation eine Rolle spielen, soweit sie zur Objektivierung des Krankheitsbildes nützlich sind. Besonders in der psychiatrischen Stellungnahme ist es erfor-

derlich, sich ausführlich mit den exogenen Noxen, die zur Auslösung einer Nervenerkrankung bzw. zu einer Verschlimmerung des seelischen Leidens führen können, zu beschäftigen. Diese exogenen Noxen imponieren als Umweltfaktoren, wie familiäre Schwierigkeiten, Wohnungsnot, materielle Not, körperliche und seelische Belastungen aller Art, auch Belastungsmomente, wie ein mögliches mißgebildetes Kind, Vergewaltigungen und moralische und gesellschaftliche Diffamierungen. D. h., bei der psychiatrischen Begutachtung ist die Kenntnisnahme der Umstände, die ihrerseits in den Bereich der sozialen, erbmedizinischen und juristischen Indikationen gehören, unbedingt erforderlich. Nur so ist ein ausreichend klares Bild über den seelischen Zustand des Patienten zu gewinnen. Nach der Definition der medizinischen Indikation ist eine Interruptio graviditatis nur dann gerechtfertigt, d. h., nicht nach § 218 StGB strafbar, wenn "durch eine Abtötung die Gefahr des Todes oder einer unzumutbaren Schädigung an Körper oder Gesundheit von der Frau abgewendet werden kann ...", weitere Bedingungen würden der Verhältnismäßigkeit entbehren. Nach der 4. Ausführungsverordnung von 1935 Art. 2 - 5, 14, muß eine Gutachterkommission über das Vorliegen einer Indikation befinden. Sie entscheidet anhand von zwei Gutachten, einem fachärztlichen, gemäß der Grundkrankheit, und einem gynäkologischen Gutachten.

Es müssen alle Risiken, die für oder gegen einen Schwangerschaftsabbruch sprechen, diskutiert werden.

Dazu gehören auf der einen Seite:

die Suicidalität, die Gefahr einer kriminellen Abtreibung, die Gefahr für Leben und einer dauernden schweren Schädigung,

auf der anderen Seite:

das Operationsrisiko, das vom Alter der Patientin und der Schwangerschaft, von der Zahl der schon früher durchgeführten therapeutischen oder kriminellen Aborte (GLAUS 1948), dem Status der Grundkrankheit abhängt, außerdem die somatischen Frühschäden und somatischen und psychischen Spätschäden.

Operationstechnik und Operationsrisiko:

Die Operationsmortalität schwankt zwischen o,3 ‰ und 2,3 % (NAUJOKS 1954, KRAATZ 1958, MIKULICZ-RADECKI 196o, 1961, MUTH, ENGELHARDT 1964, HEISS 1965 und DEGKWITZ 1968). Sie ist auch abhängig vom Können des jeweiligen Facharztes und seiner Assistenz. Die Mortalitätsquote kann niedrig gehalten werden, wenn der Eingriff im ersten Trimenon erfolgt.

Dann kann in einer Sitzung, nach Dilatation des Zervixkanals mit Hegarstiften, die Frucht mit Abortzange und stumpfer Kürette aus dem cavum uteri ausgeräumt werden. Ab Mitte des dritten Schwangerschaftsmonats bei Nulliparae und ab Ende des dritten Monats bei Multiparae (WOLTER, ROESLER 1956) muß die Operation zweizeitig erfolgen. Durch vorhergehende vorsichtige Dilatation der Zervix mittels Laminariaeinlage wird der Operationsraum präpariert. Dann erfolgt eine Kolpohysterotomia anterior (vaginale Sectio). Hierbei ist ein sehr hoher Blutverlust zu verzeichnen. Auch bei dem Schwangerschaftsabbruch per laparationem ist der Blutverlust erheblich. Er wird mit 589 - 1500 ccm angegeben (zit. nach MUTH, ENGELHARDT 1964). Bei 3 - 5 % erfolgen pathologische Blutungen. Es kann bei der Operationsmanipulation zu Einrissen im Muttermund kommen, durch forcierte Dilatation des Zervixkanals. Uterusperforationen sowie Blasen- und Mastdarmverletzungen können durch die Ausschabung gesetzt werden. Bei zu milder Ausschabung kann es zur Retention und anschließender Infektion kommen. Narbenstrikturen entstehen durch zu tiefe Curretage bis in die Muskelschicht hinein sowie Muskeldegeneration. DEGKWITZ gibt diese Frühschäden mit mehr als 15 % an, andere Autoren nennen 6 - 30 %, (DEGKWITZ 6,7 %, MUTH und ENGELHARDT bis zu 20 %, NAUJOKS 20 - 30 %, ROTH 8,9 %). Es kann zu einem fieberhaften Verlauf kommen, zu postoperativ entzündlichen

Prozessen (Adnexitis, Parametritis, Douglasabszeß etc.).

Spätschäden nach der Operation:

Dann muß noch an die körperlichen und seelischen Spätschäden gedacht werden. Die Frühkomplikationen machen ein langes Krankenlager notwendig. Später kann aus dieser Operation eine Sterilität (z.B. Amenorrhoe) resultieren sowie habitueller Abort oder extrauterine Gravidität. Bei 74 % der Fälle ließ sich eine Oligomenorrhoe und bei 1o % eine Amenorrhoe nachweisen (DEGKWITZ (1959). Bei 4o - 65 % der Tubenschwangerschaften ist nach DEGKWITZ ein künstlicher Schwangerschaftsabbruch vorausgegangen. Bei späterer Entbindung kam es bei 32 % der Fälle zum Fieberanstieg und zur Fruchtwasserinfektion (DEGKWITZ 1959).

Psychische Spätschäden:

Darüber hinaus werden die psychischen Spätschäden zwischen 15 und 4o % angenommen. Zu diesen psychischen Spätschäden gehören: Sexualneurosen, Schuldgefühle, Versündigungsgedanken, Zukunftsangst, übertriebene Selbstvorwürfe und Minderwertigkeitskomplexe.
Allein diese Prozentangaben dürften ausreichen, um zu dokumentieren, daß der Schwangerschaftsabbruch nicht ohne wei-

teres einer Heilbehandlung gleichzusetzen ist. Als Instrument der Geburtenregelung ist er, abgesehen von den ethisch-moralischen Erwägungen, nicht geeignet. Die Abtötung eines keimenden menschlichen Lebens ist auch sicher kein adäquates Mittel zur Behebung von sozialen Schwierigkeiten. Es ist z. B. Aufgabe des Staates, für eine umfassende sexuelle Aufklärung und für eine ausreichende Unterstützung nachteilig Betroffener zu sorgen.
Als therapeutisches Mittel zur Behebung von Schwangerschaftskomplikationen ist der künstliche Abort im allgemeinen zu verwerfen. Er kann aber dann erforderlich werden, wenn kein anderes Therapeutikum mehr helfen kann, und die Austragung der Schwangerschaft mit Gefahr für Leben oder Gesundheit der Mutter verbunden ist.

Die psychiatrisch-neurologische Begutachtungspraxis:

In der Begutachtungspraxis zum Schwangerschaftsabbruch werden immer häufiger psychiatrisch-neurologische Erkrankungen als Indikationsgrund genannt. Bei der allgemein besser gewordenen Therapie körperlich internisticher Erkrankungen durch spezifische Medikamente, ist die Notwendigkeit, einen Abort aus rein medizinischen Gründen zu provozieren, immer

weiter zurückgedrängt worden, z.B. stellte die Lungentuberkulose früher den Hauptindikationsgrund dar (CARDIS 1964). Sie ist heute durch die spezifische tuberkulostatische Behandlung und Kollapstherapie soweit beherrschbar, daß der Schwangeren eine Austragung der Gravidität zugemutet werden kann. Nur, wenn gleichzeitig eine fortgeschrittene respiratorische und kardiale Insuffizienz besteht, wird die Interruptio durchgeführt.(MENDE 1968). Der Diabetes mellitus kann ebenfalls durch Diät und Antidiabetika beherrscht werden. Er stellt heute keine Indikation zum Schwangerschaftsabbruch dar (CONSTAM 1964).

Auch bei der psychiatrischen oder neurologischen Erkrankung besteht meist kein grundsätzlicher Indikationsgrund. Wenn, z.B. eine bedrohliche Verschlimmerung etwa eines Anfallsleidens, einer Psychose oder eines neurologischen Krankheitsbildes durch die Schwangerschaft eintritt oder zu erwarten ist, wird die Interruptio als gerechtfertigt angesehen. Die anteilsmäßige Beteiligung der neurologisch-psychiatrischen Erkrankungen an den Gesamtkrankheiten, die einen medizinisch indizierten Abort notwendig machen, wird mit 2o - 9o % angegeben. (SIMSON (1951) 9o %, RIEPENHAUSEN (1955) 13 - 2o %, DEGKWITZ (1968) 2o - 3o %, MENDE (1968) in Bern 79,2 %, HÄNDEL (1969) in Dänemark 76,5 %).

RIEPENHAUSEN führt an, daß 195o die meisten psychiatrischen Anträge befürwortet wurden, 1952 mehr als die Hälfte abgelehnt und 1953 2/3 abgelehnt wurden. H. SCHNEIDER gab nur 26 % genehmigte Schwangerschaftsabbrüche auf dem psychiatrischen Sektor an.

In unserer Klinik wurden von 23 Anträgen 13 befürwortet, d. h. 56,5 %. Von den neurologisch erkrankten Patientinnen bekamen 4 von 6 (66,7 %), von den psychiatrischen 9 von 17 (52,9 %) einen positiven Bescheid. Unter den psychiatrischen Fällen befanden sich 11 endogene Psychosen, davon wurden 7 befürwortet, und 6 reaktive Depressionen, von ihnen wurden nur 2 befürwortet. Dazu Tabelle 2:

	Zahl d. Anträge	bef.	abg.
1) Neurologische Krankheitsbilder:	6 (26,1 %)	4	2
2) Psychiatrische Krankheitsbilder:			
2) 1) Endogene Psychosen:	11 (47,8 %)	7	4
2) 1) 1) Schizophrenie:	9	5	4
2) 1) 2) Endogene Depression:	2	2	o
2) 2) Reaktive Depression:	6 (26,1 %)	2	4

Zu den neurologischen Erkrankungen, die als Antragsgrund angegeben wurden, gehören:

Fall 1 (1965) Symptomatische Temporallappenepilepsie nach Durchwanderungsmeningitis und erkennbare Wesensänderung (Angst der Schwangeren vor möglichen Fruchtschäden)

Fall 2 (1967) Zustand nach makroskopischer Extirpation eines Medulloblastoms aus der rechten Kleinhirnhemisphäre (Angst der Schwangeren vor möglichen Fruchtschäden)

Fall 3 (1967) Encephalomyelitis disseminata

Fall 4 (197o) Status nach Entfernung eines intracerebralen Angioms mit Hämatomausräumung, Konvulsionen und Wesensänderung (Angst der Schwangeren vor möglichen Fruchtschäden)

Fall 5 (1971) Zustand nach Subarachnoidalblutung, jetzt Sinusthrombose

Fall 6 (1971) Thrombose im Bereich der Vena cerebri media (Teilverschluß)

Zu den psychiatrischen Fällen gehören:

Schizophrener Formenkreis:

Fall 7 (1969) Schizophrenie (katatone) mit Defektsyndrom, Selbstmordversuch

Fall 8 (1972) Schizophrenie (paranoid-halluzinatorische) mit Defektsyndrom

Fall 9 (197o) "Wochenbettpsychose" (paranoid-halluzinatorisch) mit Defektsyndrom

Fall 1o (1971) "Wochenbettpsychose" (katatone), Selbstmordversuch

Fall 11 (1967) Schubweise verlaufende Psychose des schizophrenen Formenkreises

Fall 12 (1968) Schizophrene Schübe im Zusammenhang mit Schwangerschaft, 3 Selbstmordversuche (1955, 196o, 1965)

Fall 13 (197o) Schizophrenie (paranoid-halluzinatorische) mit Verfolgungswahn, beginnender Defekt, Angst der Schwangeren vor möglichen Frucht-

schäden (Patientin ist ledig)

Fall 14 (1971) Schizophrenie simplex mit depressiv-asthenischer Erlebnisreaktion und Selbstmordabsichten, Defektsyndrom

Fall 15 (1967) Schizophrenie (paranoid-halluzinatorische), Lebensüberdruß

Endogene Depressionen (zyklothyme Depressionen):

Fall 16 (1969) Atypische Depression mit beginnendem Defekt, Lebensüberdruß

Fall 17 (1967) Atypische Depression mit coenaesthetischen Beschwerden (schizophren gefärbt), Selbstmordversuch

Reaktive Depressionen (Neurosen):

Fall 18 (1967) Agitatorische Depression während der Schwangerschaft (endogen gefärbt), Selbstmordtendenzen

Fall 19 (1968) Erhebliche klimakterische Ausfallserschei-

nungen mit reaktiv depressiver Verstimmung, Selbstvorwürfe wegen Trauma eines ihrer Kinder, Selbstmordtendenz

Fall 2o (1967) Depressive Verstimmung nach "Vergewaltigung" und Suiciddrohung

Fall 21 (1968) Reaktive Depression, Angst vor möglicherweise erbgeschädigtem Kind (3 imbezille Kinder, davon 2 mit heredo-degenerativer Idiotie, beim ältesten Kind vermutlich durch Zangengeburt bedingt), Selbstmord möglich

Fall 22 (1971) Tiefgreifende reaktiv depressive Verstimmung, wegen möglicher Fruchtschäden (im ersten Trimenon Rubeoleninfektion), Selbstmordtendenz, (Patientin ist ledig)

Fall 23 (1971) Depressive Reaktion, Angst der Schwangeren vor möglichen Fruchtschäden (Röntgenbestrahlung im ersten Schwangerschaftstrimenon 'MDP und Cholangiogramm'.)

In Tabelle 3 ist die Anzahl der Anträge jeweils nach Jahr und Krankheitsgruppe eingeteilt.

Tabelle 3

Chronologische Zusammenstellung der neurologischen und psychiatrischen Krankheitsbilder:

		Anzahl d. Anträge	befürwortet	abgelehnt
1965	neur.Krht.	1	o	1
	insges.	1	o	1
1967	neur.Krht.	2	2	o
	end.Psych.	3	2(1e,1s)	1
	reakt.Depr.	2	1	1
	insges.	7	5	2
1968	neur.Krht.	o	o	o
	end.Psych.	1	1(s)	o
	reakt.Depr.	2	o	2
	insges.	3	1	2
1969	neur.Krht.	o	o	o
	end.Psych.	2	2(1e,1s)	o
	reakt.Depr.	o	o	o
	insges.	2	2	o
1970	neur.Krht.	1	o	1
	end.Psych.	2	2(2s)	o
	reakt.Depr.	o	o	o
	insges.	3	2	1
1971	neur.Krht.	2	2	o
	end.Psych.	2	o	2(2s)
	reakt.Depr.	2	1	1
	insges.	6	3	3
1972	Anfang Januar			
	end.Psych.	1	o	1
	insges.	1	o	1

e = endogene Depression

s = Schizophrenie

In der nächsten Tabelle wird die Zahl der Anträge in Abhängigkeit des Alters der Schwangeren aufgeführt.

Tabelle 4

Abhängigkeit der Antragstellung vom Alter der Schwangeren:

	Anzahl der Anträge				
	neur.Krht.	end.Psych.	reakt.Psych.	insges.	bef.
15-2o J.	o	o	1	1	1
21-25 J.	3	2	1	6	3(1n,2s)
26-3o J.	1	3	1	5	4(1n,2s, 1e)
31-35 J.	o	6	1	7	2(1s,1e)
36-4o J.	1	o	o	1	1
41-45 J.	1	o	1	2	2
46-5o J.	o	o	1	1	o

n = neurologische Krankheit
s = Schizophrenie
e = endogene Depression

Das Konsultationsalter beträgt im Durchschnitt 3o Jahre. Berücksichtigt man nur die Anträge verheirateter Frauen, beträgt das Konsultationsalter 31 Jahre. 47,3 % der Antragstellerinnen sind 21 - 3o Jahre alt. 69,6 % der Fälle sind älter als 25 Jahre und fast die Hälfte älter als 3o Jahre. 21 Patientinnen sind verheiratet, 2 ledig, keine geschieden, verwitwet oder getrennt lebend.

Lit.: In der Beratungsstelle Berlin waren 78,5 % der um Rat fragenden Frauen älter als 2o Jahre alt (Brand, 1958). R. ZWAHLEN (1966) stellte fest, daß 45 % der Antragstellerinnen zwischen 2o und 29 Jahre alt waren und 48 % 3o - 39 Jahre alt, 7 % 4o oder älter. Nach einer anderen Untersuchung sind 84,3 % der verheirateten Frauen älter als 24 Jahre (F. ROTH, 1958).

Das Durchschnittsalter wird mit 31,3 Jahren bei verheirateten und mit 24,9 Jahren bei ledigen Frauen angegeben (ZOLLIKER).

SIMSON (1951) führt an, daß 8o % älter als 25 Jahre, 5o % älter als 3o Jahre sind. Die meisten Antragstellerinnen sind nach SIEGFRIED (1951) zwischen 26 und 4o Jahre und nach SCHNEIDER (1943) zwischen 25 und 45 Jahre alt. Den höchsten Prozentanteil machen nach HOPPELER (1955) die 26 - 3o Jährigen aus.

Die Angaben über den Prozentanteil der verheirateten Graviden schwankt zwischen 64 und 92,3 % (MORGENTHALER (1931/1932) 64 %, SIMSON (1951) 67 %, WOLTER und ROESLER (1956) 79.92 %, LESINSKI (1958) 92,3 %, ZWAHLEN (1966) 84,6 %, MENDE (1968) 76,5 %). Auch in der Berliner Beratungsstelle fanden sich mehr Verheiratete ein (74,39 %), 14,51 % Ledige und 9,2 % Geschiedene, Verwitwete und getrennt Leben-

de (BRAND, 1958). Ledige sind mit weniger als 6,7 - 46 % vertreten und verwitwete, geschiedene oder getrennt lebende Frauen mit 3,2 bis ca. 1o % beteiligt (MORGENTHALER (1931/32), 46 % led., SIMSON (1951) 25 % led., SIEGFRIED (1951) 24,5 % led., WOLTER und ROESLER (1956) 19,98 % led., LESINSKI (1958) 6,7 % led., gesch., verwitwet, ROTH (1958) 3o % led., gesch., verwitwet, MEHLAN (196o) 1o % led., ZWAHLEN (1966) 7,7 % led., 4,6 % gesch., 3,1 % verwitwet, MENDE (1968) 2o,2 % led., 3,2 % gesch.).

In Tabelle 5 ist die Abhängigkeit der Anträge von den Ehejahren aufgeführt:

Tabelle 5

Abhängigkeit der Antragstellung und Begutachtung von den Ehejahren:

Ehejahre	Anzahl der Anträge	befürwortet	abgelehnt
o - 5 E.J.	7	5	2
6 -1o E.J.	6	3	3
11-15 E.J.	4	2	2
16-2o E.J.	2	o	2
21-25 E.J.	1	1	o
keine Angaben	1	o	1
Ledige	2	2	o

Durchschnittlich sind die Frauen bei der Antragstellung 9,2 Jahre lang verheiratet. Die meisten Anträge, u. zw. ca. 71 % wurden befürwortet bei den Frauen, die zwischen o und 5 Jahren verheiratet waren. Nur die Hälfte der Anträge wurde befürwortet, wenn die Frauen mehr als 5 Ehejahre hinter sich hatten. Aus diesem Ergebnis läßt sich wegen der kleinen Fallzahl keine Schlußfolgerung ziehen.

In der Tabelle 6 wird die Antragstellung und die gutachterliche Stellungnahme in Abhängigkeit von der Zahl der Schwangerschaften, Kinder und Aborte gemessen.

Tabelle 6

a) Anzahl der vorhergehenden Schwangerschaften	Anzahl d. Anträge	befürw.
o	1	o
1	5	3
2	2	2
3	3	3
4	6	1
5	1	o
6	2	1
9	1	1

b) Anzahl der Kinder	Anzahl d. Anträge	befürw.
o	1	o
1	7	4
2	3	2
3	4	2
4	5	3
5	o	o
6	1	o

c) Anzahl der Aborte, tote Frühgeburten und Totgeburten	Anzahl d. Anträge	befürw.
o	12	7
1	5	2
2	1	o
3	1	1
4	1	o
5	1	1

Es läßt sich keine Korrelation der befürworteten Anträge zu der Zahl der durchgemachten Schwangerschaften, der Zahl der schon vorhandenen Kinder und erfolgten Aborte nachweisen. Die Durchschnittskinderzahl beträgt in unserem Krankengut 2,4 Kinder. In der Tabelle 6 sind nur die verheirateten Frauen aufgeführt. 95,2 % der Frauen haben schon ein Kind. 47,6 % haben schon mehr als 3 Kinder und bei 4 Frauen erfolgte schon mehr als ein Abort. Eine Patientin hatte 2 Aborte, eine 3, eine 4 und eine sogar 5 Aborte.

Literatur:

In der Literatur werden die Antragstellerinnen mit mehr als 3 Kindern mit 27 % (HOPPELER, 1955), 34,5 % (ROTH, 1958) angegeben. ZWAHLEN (1966) stellt fest, daß 35 % der Antragstellerinnen o Kinder, 51 % 1 - 3 Kinder und 14 % 4 - 5 Kinder haben. Von den 6o kinderlosen Frauen sind jedoch 58 ledig. WOLTER und ROESLER (1956) geben den Prozentanteil der Nulliparae mit 16 % und den der Multiparae mit 84 % an. Die Durchschnittskinderzahl schwankt zwischen 1,3 und 2,9 Kinder/Familie (SIMSON, 1951, SIEGFRIED, 1951, ROTH, 1958, HUSSLEIN, 1971).

Die Tabellen 7, 8 und 9 zeigen die Abhängigkeit der Anträge und befürworteten Gutachten von der Schulbildung und dem Beruf der Schwangeren und dem Beruf des Ehemannes.

Tabelle 7

Abhängigkeit der Anzahl der Anträge von der Schulbildung der Frau

Schulbildung der Graviden	Anzahl d. Anträge	befürw.
Volksschule	2o	11
Realschule, Mittelschule, Fachschule, Handelsschule	1	1
Abitur Studium	1	1

Tabelle 8

Abhängigkeit der Zahl der Anträge von dem Beruf der Frau

	Anzahl d. Anträge	befürw.
Hausfrau	13	5
Arbeiterin, Hausangestellte	2	1
Verkäuferin, kleine Angestellte	7	6
höhere Laufbahn, Studium	1	1

Tabelle 9

Abhängigkeit der Zahl der Anträge von dem Beruf des Ehemannes

Beruf des Ehemannes	Anzahl d. Anträge	befürw.
Arbeiter	9	3
Handwerker, Techniker, kleine Angestellte, Bauern	7	4
Selbständige, Meister	2	2
höhere Laufbahn, Studium	4	4
keine Angaben	1	o

Es ist keine Korrelation zwischen Schulbildung der Graviden und den befürworteten Anträgen herzustellen. Interessant ist nur, daß ca. 87 % der Frauen nur die Volksschule besucht haben.

Aus Tabelle 8 erfährt man, daß die berufstätigen Frauen eher mit einem positiven Bescheid rechnen konnten, als die Hausfrauen.

Tabelle 9 scheint ganz deutlich eine Beziehung zwischen den

befürworteten Anträgen und der jeweiligen Berufsschicht des Ehemannes zu ergeben. Nur ein Drittel der Anträge aus der Arbeiterschicht (Ehemann) wurde befürwortet, wogegen die Gutachten, die für die Frauen aus sozial gehobeneren Schichten erstellt wurden, durchweg positiv ausfielen. Leider ist die Zahl der Anträge zu klein, um daraus irgendwelche Schlüsse ziehen zu können.

Tabelle 1o gibt den Anteil der einzelnen religiösen Richtungen bei der Antragstellung an.

Tabelle 1o a

Abhängigkeit der Antragstellung und Begutachtung von der Konfession:

Konfession	Zahl d. Anträge	befürw.
katholisch	13 (56,5 %)	6
evangelisch	9 (39,1 %)	7
keine Angaben	1 (4,4 %)	o

Im Saarland befinden sich ca. 74 % Katholiken und 26,6 % Menschen anderer Konfessionen (vorwiegend Protestanten) (v. ROHDEN, 1962), d.h. es stellten verhältnismäßig mehr Protestanten als Katholiken einen Antrag

auf Schwangerschaftsabbruch.

Knapp die Hälfte der Anträge von katholischen Frauen wurde befürwortet. Die protestantischen Frauen konnten in fast 8o % (von 9 sieben Fälle) mit einem positiven Bescheid rechnen.

Zur Zeit der Begutachtung war dem Arzt die Konfession von 8 Frauen nicht bekannt. Erst später wurde in Erfahrung gebracht, welcher Glaubensrichtung 7 dieser Frauen angehörten. Werden diese Antragstellerinnen unter der Rubrik "keine Angaben zur Zeit der Begutachtung" zusammengefaßt, so erkennt man, daß bei der gutachterlichen Stellungnahme keine Korrelation zur konfessionellen Richtung bestand (Tab. 1o b).

Tabelle 1o b

Gutachterliche Stellungnahme in Abhängigkeit der Konfession (zur Zeit der Begutachtung bekannt):

	Zahl der Anträge	befürw.
katholische Frauen	7	5
evangelische Frauen	8	6
keine Angaben zur Zeit der Begutachtung	8	2

Die Frage ist zu diskutieren, ob mehr katholische als protestantische Frauen nur ein psychotherapeutisches Gespräch suchten, und somit Schwangerschaftsabbruch nicht gerechtfertigt war.

Literatur:

Der Anteil der Katholiken bei der Antragstellung schwankt zwischen 2o und 3o,8 % (P.A.HOPPELER (1955) 24 %, SIEGFRIED (1951) 32,8 %, RAPOPORT (1965) 21 %, ZWAHLEN (1966) 21 %). Die Protestanten sind mit 65 - 75 % beteiligt (SIEGFRIED 67,2 %, HOPPELER 71 %, RAPOPORT 73,2 %, ZWAHLEN 78 %) und Juden, Konfessionslose etc mit ca. 6 % vertreten (HOPPELER: andere Konf. 3 %, konfessionslos 2 %, RAPOPORT: Juden 5,4 %).

Von den Autoren SIEGFRIED und ZWAHLEN ist katamnestisch nachgewiesen worden, daß nach einem Schwangerschaftsabbruch häufiger bei konfessionell gebundenen, und da hauptsächlich bei Katholiken, seelische Spätschäden, wie Schuldgefühle, Versündigungsgedanken etc., auftreten, als bei konfessionell nicht gebundenen Frauen.
SIEGFRIED eruierte, daß sich bei 53 % der religiösen Frauen Schuldgefühle manifestierten, wogegen bei konfessionslosen nur 39 % Schuldgefühle etc. angaben. ZWAHLEN erhielt ein ähnliches Resultat (52 % Schuldgefühle bei religiösen und nur 33 % bei anderen Frauen).

V.ROHDEN (1962) zeigt anhand eines Vergleiches des Prozentanteils der katholischen Bevölkerung in verschiedenen deutschen Bundesländern auf, daß "der Unterbrechungsquotient umgekehrt proportional zur katholischen Bevölkerung ist",

z.B.:

das Saarland hat 73,4 % Katholiken 26,6 % andere Konfessionen

Hamburg 5,9 % " 94,1 % "

Hessen 31,2 % " 67,8 % "

genehmigte Anträge im Saarland: o.o5-o.1/1o ooo Bevölkerung

genehmigte Anträge in Hamburg: 3.5-9/1o ooo Bevölkerung

genehmigte Anträge in Hessen: 1-3/1o ooo Bevölkerung

Einstellung der Graviden zur bestehenden Schwangerschaft:

Tabelle 11

Einstellung zur Schwangerschaft	Zahl d. Anträge	befürw.
positiv	2	o
ambivalent indifferent	2	1
Sorgen	6	3
negativ	11	8
keine Angaben	2	1

73,9 % der Antragstellerinnen hatten eine vorwiegend negative Einstellung zur bestehenden Schwangerschaft und/oder Sorgen wegen möglicherweise geschädigtem Kind.

11 Frauen reagierten rein negativ auf die bestehende Schwan-

gerschaft (fast 5o %). Nur 2 Patientinnen waren positiv eingestellt. Ihre Anträge wurden nicht befürwortet. Die Anträge der unsicheren, gleichgültigen und besorgten Frauen sind zu 5o % abgelehnt worden. Die Frauen, die negativ eingestellt waren, konnten mit mehr als 7o % mit einem positiven Bescheid zum therapeutischen Abort rechnen.

Literatur:

Nach BINDER (1951) haben 63 % der Graviden in der ersten Schwangerschaftshälfte eine Abneigung gegen die bestehende Schwangerschaft und nur 9 % sind froh, also positiv, und 28 % ambivalent oder indifferent eingestellt. In der zweiten Schwangerschaftshälfte verschiebt sich das Stimmungsbild zugunsten der positiven Seite. In dieser Zeit haben nur noch 19 % eine Abneigung, 48 % sind zufrieden, haben sich allmählich an die neue Situation gewöhnt und zeigen eine direkt gehobene Stimmungslage. Der Rest (33 %) ist ambivalent oder gleichgültig. Post partum sind sogar nur noch 1o % negativ und 6o % positiv zum Kind eingestellt. Später pendelt sich der Prozentanteil auf 3o % positiv, 23 % negativ und 47 % gleichgültig und ambivalent ein. Diese Exploration legt also nahe, daß die momentane Stimmungslage der Patientin keineswegs als Beurteilungsgrundlage dienen kann. Es ist eine allgemeine Erfahrungstatsache, daß fast

jede Frau, auch die gesunde, sich auf die neue Situation "Schwangerschaft" eingewöhnen muß. Diese Adaptationszeit geht oft mit einer erheblichen Stimmungslabilität einher. MUTH und ENGELHARDT (1964) sprechen im ersten Drittel der Schwangerschaft von einem"Stadium der subjektiven Beschwerden", im zweiten Drittel von dem"Stadium der Gewöhnung"und im dritten Schwangerschaftstrimenon von dem"Stadium der Komplikationen".

In Tabelle 12 wird die Abhängigkeit der Antragstellung und Begutachtung von der Belastbarkeit der Patientin durch die Schwangerschaft und ein weiteres Kind aufgezeigt.

Tabelle 12

Belastbarkeit der Patientin

Belastbarkeit	Zahl der Anträge	befürw.
gut	4	o
möglich bis reduziert	6	3
erheblich reduziert bis dekompensiert	13	1o

Mehr als die Hälfte der Frauen befindet sich an der Grenze der Kompensationsfähigkeit. Sie sind körperlich und seelisch

so stark belastet, daß ein weiteres Kind kaum tragbar erscheint. Aus den Stellungnahmen geht deutlich hervor, daß diese teils sozialen Faktoren in der Indikationsstellung mitberücksichtigt wurden, wenn sie ein erhebliches Belastungsmoment darstellten und, wenn damit gerechnet wurde, daß durch die Austragung der Schwangerschaft eine körperliche und/oder seelische Insuffizienz bewirkt werde.

S p e z i e l l e r T e i l

Schwangerschaft und psychiatrisch-neurologische Krankheiten

Psychiatrisch-neurologische Erkrankungen werden in der Schwangerschaftszeit viel seltener beobachtet als in einer anderen Zeit. EWALD und PAULEIKHOFF sprechen deswegen auch von der Schwangerschaft als einem stabilisierenden Faktor. Nur selten kommt es während der Schwangerschaft zu einem Anstieg der Anfallsfrequenz und Anfallsintensität bei Epilepsie oder zu einer Häufung der Schübe einer Schizophrenie oder der Phasen einer manisch-depressiven Psychose. Meistens zeigen diese Leiden einen eigengesetzlichen Verlauf. Eine Indikation zum Schwangerschaftsabbruch ergibt sich deswegen im allgemeinen nicht. Wenn aber eine objektiv verifizierte Anfallsfrequenzsteigerung erfolgt sowie eine Exacerbation schizophrener oder zyklothymer Symptome, die relativ therapierefraktär sind, so sollte man bei Zugrundelegung der Krankheitsanamnese einen evtl. Schwangerschaftsabbruch erwägen (BINDER, 1951).

Zuerst werden die neurologischen Fälle abgehandelt, anschließend die endogenen Psychosen mit erstens: dem schizophrenen Formenkreis, zweitens: den zyklothymen Depressionen und zuletzt wird auf die reaktiven Depressionen eingegangen.

1. Schwangerschaft und neurologische Krankheit

Die neurologisch erkrankten Patientinnen stehen der Stellungnahme der begutachtenden Ärzte "zwiespältig gegenüber". Auf der einen Seite wollen sie durch die Stellungnahme des Arztes bestätigt bekommen, daß ihre Krankheit noch nicht so weit fortgeschritten ist, daß eine Schwangerschaftsaustragung mit Lebensgefahr verbunden ist, und andererseits haben sie Angst, daß durch die Schwangerschaft das Zustandsbild ihrer Erkrankung erheblich verschlimmert wird (W., M. und S. SCHULTE, 1969).

Allgemein wird die neurologisch Erkrankte bei ihrer Umwelt auf mehr Verständnis stoßen, als die psychotische, wenn ein Schwangerschaftsabbruch erfolgt ist, und sie bleibt eher vor Diffamierungen verschont (W., M. und S. SCHULTE).

An und für sich stellt kein neurologisches Krankheitsbild grundsätzlich eine Indikation zum Schwangerschaftsabbruch dar (Ausnahme Hirnvenenthrombosen). Man muß von Fall zu Fall entscheiden, ob die Austragung der Schwangerschaft zu einer so erheblichen Belastung der neurologisch kranken Patientin führt, daß de jure die Indikation zum Schwangerschaftsabbruch gerechtfertigt ist.

1. 1. Epilepsie und Schwangerschaft

1. 1. 1. Literaturübersicht:

Aus der Literatur erfahren wir, daß während der Schwangerschaft sowohl eine Anfallsfrequenzerhöhung, ein Gleichbleiben der Frequenzzahl, als auch eine Stabilisierung des Anfallsgeschehens erfolgen kann.

GLAUS (1948) gibt an, daß bei 5o % der Fälle gehäuft Anfälle registriert wurden, bei 25 % der Fälle das epileptische Zustandsbild einen günstigen Verlauf nahm und daß bei 25 % die Anfallsfrequenz überhaupt nicht beeinflußt wurde. Die Tendenz einer Verschlechterung wird ebenfalls von WINTER und NAUJOKS (1949) sowie BINDER (1951) beobachtet (BINDER 5o % Verschlechterung, WINTER und NAUJOKS 3o-7o % Verschlechterung). Die Gefahr eines Status epilepticus sei jederzeit gegeben (SCHNEIDER, 1949, DEGKWITZ, 1964). Andere Autoren behaupten, daß die Frequenz der epileptischen Anfälle und die Intensität des Krankheitsbildes meistens nicht durch die Gestation beeinflußt wird (BUMKE und FOERSTER, 1924, HIRSCHMANN, 1949, 1968, LEFERENZ, 1952, MUTH und ENGELHARDT, 1964, DEGKWITZ, 1964, 1968, MENDE, 1968). HIRSCHMANN stellte fest, daß bei 1o % passagere Verschlechterung und bei 7 % dauernde Verschlechterung durch die Schwangerschaft erfolgte. Also wurden 82,6 % entweder

gar nicht oder günstig durch die Schwangerschaft beeinflußt. KING (1950) und EWALD (1954) konnten sowohl Frequenzsteigerung als auch Frequenzreduktion nachweisen. Es ist jedoch nicht bekannt, ob die negative oder positive Frequenzänderung überwog. Die Disposition zu Anfällen ist z.B. bedingt durch vermehrte Wasserretention, Alkalose und Beeinflussung des Gamma-Aminobuttersäuremetabolismus (BLEULER, 1966).

Risiko: Falls die Frequenz der Anfälle erhöht ist, besteht eine große Gefahr für Gesundheit und Leben der Patientin. Gefährlich sind nicht die kleineren epileptischen Phänomene, wie Absencen, Dämmerattacken oder Anfälle vom Typus des petit-mals, sondern vielmehr die großen Episoden, wie der grand-mal und selbstverständlich der Status epileptikus. Die klonisch-tonischen Krämpfe gehen mit einer verminderten Sauerstoffaufnahme (Hypoxie) einher. Es entwickelt sich eine Cyanose und Bewußtseinstrübung bis zu mehreren Minuten (KELLER und MASSINGER, 1964, EWALD, 1954 (1-2Minuten)). Auf die Gefährdung des Föten durch die Anoxie resp. Hypoxie wird im Kapitel "erbmedizinisch mitdeterminierte Indikation" eingegangen.

Im allgemeinen ist eine anfallsbedingte Embryopathie, selbst bei einem Status epileptikus, nicht zu erwarten.

Es wird selbstverständlich empfohlen, den Patienten ausreichend antikonvulsiv zu behandeln, besonders sorgfältig

im letzten Schwangerschaftsdrittel, da in dieser Phase eine erhöhte Vulnerabilität besteht (HIRSCHMANN, 1968). Erbabnormalitäten seien nicht signifikant erhöht (HOTTINGER, 1963, JANZ und FUCHS, 1964), eine elektrische Durchflutung (ESB) bilde keine Kontraindikation (RIEPENHAUSEN, 1955). Es wäre jedenfalls eine medikamentöse und physikalische Therapie besser als eine Anoxie (KELLER und MASSINGER, 1964, KOBYLETZKI, 1968). MENDE und HIRSCHMANN glauben, daß die Verschlimmerung des epileptischen Zustandsbildes in der Gravidität eine Folge der unzureichenden oder fehlenden Antikonvulsivtherapie sei. Der Status epileptikus sei durch Pharmakotherapie zu beherrschen (EWALD, 1954, MUTH und ENGELHARDT, 1964).

Indikation zum Schwangerschaftsabbruch:

Eine Indikation zum Schwangerschaftsabbruch wird gesehen, wenn während der bestehenden Schwangerschaft eine Anfallsfrequenzerhöhung mit rasch fortschreitender Demenz festgestellt wird (SCHNEIDER, 1949, HIRSCHMANN, 1968). Andere Autoren sehen alleine in der Frequenzerhöhung ein "infaustes" Zeichen (GLAUS, 1948, RIEPENHAUSEN, 1955, MÜLLER-HEGEMANN, 1958) oder in einer Frequenzerhöhung mit Gefahr eines therapieresistenten Status epilepticus (TARNOW, 1960, MUTH und ENGELHARDT, 1964) und raschem Verlauf der psychischen Veränderung bei konstanter Therapie (MENDE, 1968).

BINDER, EWALD und MÜLLER-HEGEMANN fordern, daß in früheren Schwangerschaften eine deutliche Steigerung der Frequenz, eine Intensitätszunahme und in der jetzt bestehenden Gravidität eine Frequenzzunahme und Intensitätssteigerung, festgestellt werden. Nur dann sei eine Indikation vorhanden.

Dazu unser Fall 1:

Gutachten vom 13. 7. 1965 Krankenblatt Nr. 6o/222

Frau E.R.

Pat. ist 25 Jahre alt, rk. verh. (1963), Arbeiterin, Ehemann Fernfahrer.
Gyn.A.: 1 Partus (1964), ø Aborte, jetzt Mens II/III.

1956 wurde eine schwere eitrige Sinusitis frontalis festgestellt, die eine Stirnhöhlenradikaloperation erforderlich machte. Post operativ war ein längerer stationärer Aufenthalt (1 Jahr) in der HNO-Klinik notwendig, da eine Durchwanderungsmeningitis auftrat. Ende 1956 wurden die ersten Anfälle von Bewußtlosigkeit verzeichnet. Patientin wurde anschließend in ambulante Weiterbehandlung entlassen. Es trat eine gute Remission ein. Erst im Jahre 1958 wurden wiederum "Anfälle" in Abständen von oft mehreren Monaten registriert, meist zur Zeit der Menstruation. Ab 196o wurden häufiger Anfälle von Herzjagen, Dyspnoe und Angstgefühlen mit Einnässen und "weichen Knien" verzeichnet. Deswegen kam die Patientin in neurologische Behandlung. Vom 8. 2. bis 3. 3. 196o wurde Frau R. stationär behandelt, und anschließend blieb sie in dauernder ambulanter nervenärztlicher Beobachtung. 1964 erfolgte die Geburt ihres 1. Kindes. Die Schwangerschaft, die Geburt und das Puerperium verliefen psychisch unauffällig. 4 Wochen p. p. hatte Frau R. einen erneuten Anfall mit 2 Stunden Bewußtlosigkeit und Urinabgang. Seitdem traten keine größeren Anfälle mehr auf. Nun ist die Patientin seit 8 Wochen schwanger, gibt an, schon 6 Wochen gehäuft epileptische Anfälle zu haben, die therapieresistent seien (kein Zungenbiß, keine typischen Verletzungszeichen einer epileptischen Konvulsion, kein Urinabgang oder Einkoten, nur plötzliches Umfallen). Sie glaubt, ihr Gesundheitszustand werde durch die Gravidität erheblich beeinträchtigt. Sie hat Angst vor potentieller Mißbildung durch die Antikonvulsivtherapie. Im übrigen hätte

sie gerne ein weiteres Kind.

Diagnose:

neurologisch: leichte Rechtsbetonung der Eigenreflexe, Zustand nach Durchwanderungsmeningitis, symptomatische Temporallappenepilepsie

psychisch: Patientin ist überfreundlich-distanzlos-läppisch, Stimmung euphorisch, Affekt oberflächlich, zunehmende Reizbarkeit, leichte Wesensänderung

Stellungnahme zum SA-Antrag: abgelehnt, von gynäkologischer Seite Sterilisation empfohlen.

Epikrise:

Da bei unserer Patientin objektiv keine wesentliche Verschlimmerung des Zustandsbildes verifiziert werden konnte, und die von der Patientin angegebene Anfallsfrequenzerhöhung, falls vorhanden, sicher beherrscht werden konnte, lag keine Indikation zum therapeutischen Abort vor.

1. 2. Hirntumor und Schwangerschaft

1. 2. 1. Literatur:

Bei der Durchsicht der entsprechenden Literatur konnte in Erfahrung gebracht werden, daß eine Stimulierung des Hirntumorwachstums durch die Gravidität nicht sicher nachgewiesen, zumindest sehr selten ist (STEWART und MONTO, 1952, RIEPENHAUSEN, 1955, SMOLIK et al., 1958, TARNOW, 196o,

LANG und HAERING, 1962, KATZKI, 1968 und MENDE, 1968). Ausnahmen sollen Hypophysen- und supraselluläre Tumoren, Gefäßgeschwülste und einige Blastome darstellen (KING, 195o, KATZKI, 1968, MENDE, 1968). Außerdem können extracerebrale Tumoren (Brustkarzinome, manchmal Rektumkarzinome u. a.) aber auch besonders "schlummernde Sarkomreste" (zit. nach RUNNE, 1951) plötzlich zu einem foudroyanten Wachstum stimuliert werden. In der Schwangerschaft entstandene bösartige Tumoren nehmen nach RUNNE einen besonders ungünstigen Verlauf.

TARNOW (196o) glaubt, daß die Hirntumorsymptomatik während der Schwangerschaft nicht unbedingt verstärkt wird. Eine große Gefahr stellt, außer der möglichen Wachstumssteigerung des Tumors, auch eine vermehrte Oedembereitschaft des Gehirns dar und damit die Gefahr eines Verschlusses der Liquorabflußwege und einer akuten Einklemmung (KLOSS, 1952, TARNOW, 196o, LANG und HAERING, 1962, DEGKWITZ, 1964, MUTH und ENGELHARDT, 1964, MENDE, 1968).

Besonders disponiert ist die zweite Hälfte der Schwangerschaft und die peripartale Zeit. Während dieser Periode kann mit einer lebensgefährlichen Hirndrucksteigerung gerechnet werden. Stoffwechseländerungen, Kreislaufstörungen, Harnstoffretention, Hormonspiegelerhöhung und Preßwehen in der Eröffnungsperiode können als mögliche Ursachen einer Drucksteigerung im Gehirn angesehen werden (KLOSS, 1962, LANG und

HAERING, 1962). Die Mehrzahl der supratentoriell gelegenen Tumoren führen nicht zu einer bedrohlichen Drucksteigerung mit Einklemmung lebenswichtiger Zentren der Medulla oblongata im Foramen magnum (TARNOW, 196o). TARNOW hat nachgewiesen, daß Patienten mit supratentoriellen Tumoren mit oder ohne Operation eine Mortalitätsrate von ca. 26 % besitzen, wogegen bei infratentoriellen Tumoren mit oder ohne Operation die Mortalitätsquote bei 5o % liegt. Wenn jedoch eine Entlastungstrepanation nach Torkildsen oder bei obliterierter cisterna magna ein Katheter vom dritten Hirnventrikel in den Vorhof des rechten Herzens vorgeschoben wird, um den Liquordruck herabzusetzen, dürfte die Sterblichkeit bei infratentoriell gelegenen Tumoren nicht mehr höher liegen als bei supratentoriellen Hirngeschwülsten (KAUTZKI, 1968).

Indikation zum Schwangerschaftsabbruch:

Manche Autoren sehen keine Indikation zur Interruptio graviditatis (VIALETTO, 1951/52, STEWART und MONTO, 1952). KAUTZKI sieht kaum eine Indikation. Man sollte möglichst die Schwangerschaft solange aufrechterhalten, bis eine Schnittentbindung durchgeführt werden kann. MENDE (1968) glaubt dann eine Interruptio erwägen zu müssen, wenn der Tumor inoperabel ist, und durch die Geschwulst eine unmittelbar lebensbedrohliche Hirndrucksteigerung, die nicht

genügend eingedämmt werden kann, erfolgt. Andere Autoren befürworten dann einen Schwangerschaftsabbruch, wenn der Hirntumor inoperabel ist, oder die bösartige Geschwulst nur unradikal extirpiert werden konnte und nicht damit gerechnet werden kann, daß die Gravide den Geburtstermin erlebt (KLOSS, 1952, LANG und HAERING, 1962, MUTH und ENGELHARDT, 1964). Wenn eine erhöhte Anfallsbereitschaft bestehe, mit der Gefahr eines therapieresistenten Status epilepticus, sieht TARNOW die Interruptio als gerechtfertigten Eingriff an, ebenso BICKENBACH und SOORT (196o).

Zusammenfassend kann man sagen, daß eine Indikation zum therapeutischen Abort dann besteht, wenn

1. der Hirntumor inoperabel ist und mit einer lebensbedrohlichen Hirndrucksteigerung gerechnet wird, die nicht genügend eingedämmt werden kann,

2. die bösartige Hirngeschwulst chirurgisch nur unvollkommen angegangen werden kann und nicht mehr damit gerechnet wird, daß die Schwangere die Gravidität überlebt, ein lebensfähiges Kind also nicht erwartet, durch die Interruptio aber das Leiden der Mutter gemildert werden kann.

Dazu Fall S:

1. 2. 2.

Krankenblatt Nr. 67/2o34

Frau R.L.

Frau L. 34 Jahre alt, evgl., verh. (1961), Hausfrau, Ehemann Arzt

Gyn.A.: 1 Abort, 2 Kinder, Mens III. Erste Schwangerschaft kompliziert durch Hyperemesis gravidarum. 2. und 3. Schwangerschaft normal verlaufen. Letzte Periode am 3o.8.1967.

Seit Ende Oktober trat vermehrt Erbrechen auf, deswegen wurde Frau L. mit Psyquil behandelt. Es trat keine Besserung ein, stattdessen setzten starke Kopfschmerzen ein mit Verkrampfung der Nacken- und Halsmuskulatur. Daraufhin wurde die Patientin fachneurologisch untersucht. Durch EEG, Echoencephalogramm, Schädelübersichtsaufnahme und Karotisangiogramm konnte die folgende Diagnose gesichert werden: "raumfordernder Prozeß links fronto-basal bis temporal". Von neurochirurgischer Seite her wurde der Tumor als inoperabel erklärt. Es trat eine akute Hirndrucksymptomatik auf, so daß die Patientin am 29.12.1967, also im Mens III, starb.

Epikrise:

Die akute Symptomatik des Hirntumors setzte plötzlich im Beginn der Schwangerschaft ein und verlief so fulminant, daß eine Schwangerschaftsinterruptio nicht mehr durchgeführt werden konnte. Durch diesen Fall wird vielleicht auch die Angabe von RUNNE bestätigt, daß in der Schwangerschaft entstandene bösartige Tumoren einen besonders ungünstigen Verlauf nehmen. Die akute Symptomatik dauerte von Ende Oktober 1967 bis zum 29.12.1967, also ca. 2 Monate.

1. 2. 3. Medulloblastom und Schwangerschaft

Literaturübersicht:

Das Medulloblastom stellt die häufigste Hirngeschwulst der

hinteren Schädelgrube im Kindes- und Jugendalter dar, u. zw. 2o % (ZÜLCH, 1956, GERLACH, 1967, MUMENTHALER, 1967). Es ist zu 15 % infratentoriell gelegen, hauptsächlich im Kleinhirnwurm (ZÜLCH, 1956, OLIVECRONA, 1967). Das Medulloblastom wächst expansiv-infiltrativ, setzt sehr leicht "Abtropfmetastasen" bzw. "Implantationsmetastasen" fast ausschließlich über den Liquorweg (ZÜLCH, 1956) und rezidiviert ausgesprochen häufig. Trotz makroskopischer Radikaloperation ist die Prognose quoad vitam immer infaust. Durch nachfolgende Bestrahlung ist die Tumorextirpation zwar temporär aufzuhalten (äußerst strahlenempfindlich), jedoch tritt der Tod meistens Monate oder wenige Jahre nach der Operation durch Rezidive oder Metastasen ein (ZÜLCH, 1956, OLIVECRONA, 1967). Die Operation stellt nach Mc LEAN nur eine Palliativmaßnahme dar.

Risiko: Die neuroepitheliale Geschwulst wächst breit in den vierten Ventrikel ein und kann den Aquäductus cerebri verschließen und ruft dadurch einen Hydrops internus occlusus hervor ("Wurmsyndrom") (ZÜLCH, 1956). Die cerebellaren Tonsillen hernieren dabei, und damit besteht die Gefahr eines plötzlichen Atemstillstandes.

Indikation zum Schwangerschaftsabbruch:

Die Indikation entspricht den Angaben, die unter 1. 2. 1. (Hirntumor) gemacht wurden: Indikation zum Schwangerschafts-

abbruch besteht dann, wenn

1. der Hirntumor inoperabel ist und mit einer lebensbedrohlichen Hirndrucksteigerung gerechnet wird,
2. die bösartige Geschwulst chirurgisch nur unvollkommen extirpiert werden kann und nicht mit dem Überleben der Graviden gerechnet werden kann.

Dazu Fall 2:

1. 2. 4.

Gutachten vom 5.9.1967 Krankenblatt Nr. 65/1349

Frau P.H.

Patientin ist 24 Jahre alt, evgl., verh. (1962), kaufm. Angestellte, Ehemann Student

Gyn.A.: 1 Partus (1965), Mens II.

4 Wochen vor Geburt ihres ersten Kindes entwickelte sich eine Sprachstörung mit Kopfschmerzen und Erbrechen und später zusätzlichem Krampf der rechten Hand. Nach vorübergehender Remission im Anschluß an die Entbindung (16.6. 1965) verschlechterte sich das körperlich-neurologische Zustandsbild erneut. Die Patientin gab Kopfschmerzen, Vomitus und Drehschwindel an. Diskrete paretische Zeichen, cerebellare Sprachstörung und rechtsbetonte Ataxie wurden nachgewiesen. Am 9.8.1965 wurde in der neurochirurgischen Klinik ein die ganze rechte obere Kleinhirnhemisphäre ausfüllendes Medulloblastom extirpiert. Die Geschwulst reichte bis zum 4. Ventrikel. Anschließend wurde die Patientin nachbestrahlt und unter zytostatische Therapie gesetzt. Jetzt befindet sich Frau P.H. im 2. Schwangerschaftsmonat. Sie klagt nun über praemenstruelle Kopfschmerzen und Ungeschicklichkeit der rechten Hand.
Von neurochirurgischer Seite wird gefordert, auf keinen Fall die zytostatische Therapie intra graviditatem zu unterbrechen, da erhebliche Rezidivgefahr bestehe, und so das Leben der Patientin besonders gefährdet sei.
Befund:
neurologisch: rechtsbetonte Ataxie, Zustand nach makroskopischer Entfernung eines Kleinhirnmedullo-

blastoms oben rechts.

psychisch: nicht sonderlich auffällig.

Stellungnahme zum Schwangerschaftsabbruchsantrag: befürwortet.

Epikrise:
Bei Frau P.H. handeltees sich um ein möglicherweise aufgetretenes Rezidiv, eines vor ca. 2 Jahren makroskopisch entfernten Medulloblastoms der rechten oberen Kleinhirnhemisphäre, das während der bestehenden Frühschwangerschaft verstärkt Symptome machte. Bei Frau H. ist damit gerechnet worden, daß die auf sie zukommende Belastung durch die Schwangerschaft, besonders in der zweiten Hälfte der Gravidität sich sicher lebensverkürzend auswirken.Die Lebenserwartung ist sowieso durch eine so hochmaligne Geschwulst erheblich eingeengt. Außerdem ist an eine mögliche Fruchtschädigung durch die zytostatische Behandlung zu denken. Darauf wird im Kapitel "erbmedizinisch mitdeterminierte Indikation" eingegangen.

1. 3. Encephalomyelitis disseminata und Schwangerschaft

1. 3. 1. Literaturübersicht:

Die Encephalomyelitis disseminata ist "eine chronisch verlaufende herdförmige Entmarkungskrankheit vom Gehirn und Rückenmark" (SANDRITTER, 1971). Die Ätiologie und Pathogenese sind noch unbekannt (EWALD, 1954, MENDE, 1968, SANDRITTER, 1971). Verschiedene Entstehungstheorien wurden aufgestellt. Früher dachte man besonders an Autoimmunerkran-

kungen (Stoffwechselstörungen, vaskuläre Reaktionen etc.). BAUER (197o) nimmt an, daß eine "slow virus" Infektion stattgefunden habe und die Ätiologie anderen bekannten Entmarkungskrankheiten aus der Tierwelt ähnele, wie z.B. Scrapie, einer degenerativen Erkrankung des ZNS bei Schafen. Am häufigsten soll die Encephalomyelitis disseminata in Europa nördlich des 46. Breitengrades und in Nordamerika nördlich des 36. Breitengrades anzutreffen sein (3o-6o/ 1oo ooo Bevölkerung; in Australien 1o/1oo ooo Bevölkerung und in Afrika nur o-4/1oo ooo Bevölkerung).
MÜRY nimmt an, daß die Schubfrequenz nach dem ersten Krankheitsjahr abnimmt, HIRSCHMANN stellt fest, daß die Schubhäufigkeit besonders nach dem 3o. Lebensjahr zunimmt. Das dritte und vierte Lebensdezennium sei eine kritische Zeit für die an multipler Sklerose leidenden Patienten (MIKULICZ-RADECKI, 1954, MUTH und ENGELHARDT, 1964). Die Prognose dieser Entmarkungskrankheit ist ungünstig. Da nicht gezielt therapiert werden kann, ist die Heilung nicht möglich, es sei denn, es tritt eine volle Spontanremission ein (seltenes Ereignis). Die Patienten sterben meist durch eine interkurrente Erkrankung (EWALD, 1954). Nur bei 7 % der Fälle nimmt diese Erkrankung nach dem ersten Schub einen progredienten Verlauf. Jedoch ist der zweite Krankheitsschub in 58 % der Fälle innerhalb der nächsten 2 Jahre und bei 78 %

innerhalb der nächsten 5 Jahre zu erwarten (MÜLLER, 1953). Nach 5 Jahren seien ca. 8o % und nach 15 Jahren ca. 1oo % der an dieser Erkrankung leidenden Menschen völlig arbeitsunfähig. Innerhalb von 1o Jahren nehme bei ca. 5o % die Krankheit einen progressiven Verlauf. SCHEINBERG stellt keine so düstere Prognose. Er stellte fest, daß in seinem Krankengut nach 5 Jahren noch 78 % einsatzfähig waren, nach 1o Jahren 5o % und nach 2o Jahren noch 35 %. Nach 2o Jahren seien schon 2o % der Patienten verstorben. Die monosymptomatisch und akut verlaufende Encephalomyelitis hat eine nicht so schlechte Prognose, wie die schleichend beginnende, chronisch verlaufende polysymptomatische multiple Sklerose (SCHEINBERG, 1967). Der zeitliche Beginn der Erkrankung fällt mit der Zeit der meisten Geburten zusammen (65 % im 21. - 4o. Lebensjahr) (MÜLLER, 1953, 1961, SCHEINBERG, 1967). Eine Einflußnahme der Schwangerschaft auf den Verlauf und die Intensität der neurologischen Erkrankung wird teils bejaht, teils abgelehnt. Die meisten Autoren glauben, daß der Verlauf der Erkrankung unabhängig von der zwischenzeitlichen Schwangerschaft verläuft oder zumindest die Gravidität keinen nachteiligen Einfluß auf die Prognose der Erkrankung hat (MARTINI, 1953, MIKULICZ-RADECKI, 1954, DEGKWITZ, 1964, SCHEINBERG, 1967 und KALM, 1968). Eine unterschiedliche Einflußnahme nehmen KING (195o), CASTAIGNE (1952) und PETTE (1959) an. LEIBOWITZ konstatiert, daß durch den

Einfluß der Schwangerschaft eine Verlegung des Encephalomyelitisausbruch induziert werde, wenn die Gravidität in das prämorbide Stadium (2 Jahre vor Beginn der Erkrankung) fällt. Die Hauptmanifestationszeit falle nach HIRSCHMANN und MUTH und ENGELHARDT hauptsächlich in die zweite Schwangerschaftshälfte.

Indikation zum Schwangerschaftsabbruch:

MÜLLER-HEGEMANN hat keinen Antrag befürwortet. EWALD setzt sich für eine weitherzige Indikationsstellung ein. Nur bei rapider Verschlimmerung genehmigen KERN, MARTINI, MIKULICZ-RADECKI, MÜRY und RIEPENHAUSEN einen therapeutischen Abort. Wenn eine frühere Verschlimmerung oder, wenn in der bestehenden Schwangerschaft ein frischer Schub mit progredientem Verlauf eingesetzt hat, sieht RIEPENHAUSEN eine Indikation. MIKULICZ-RADECKI, MENDE und MUTH und ENGELHARDT befürworten einen therapeutischen Abort dann, wenn aus früheren Schwangerschaften her bekannt ist, daß die multiple Sklerose durch die Gravidität einen ungünstigen Verlauf genommen hat. Sie empfehlen aber auch gleichzeitig eine Tubenligatur("prophylaktischer Heileingriff") (SCHULTE, 1969).
Jedoch ist das Operationsrisiko sehr groß und durch den Schwangerschaftsabbruch nicht sicher eine Besserung zu erwarten. Eher verläuft die multiple Sklerose eigengesetzlich. Es wird sogar angenommen, daß die Gefahr einer Exa-

cerbation oder einer Aggravation durch den Schwangerschaftsabbruch der "provozierenden Wirkung der Geburt" gleichkommt (HIRSCHMANN, RIEPENHAUSEN). Der Abbruch der Gravidität soll keineswegs nach dem zweiten Schwangerschaftsmonat und nicht nach der dritten Lebensdekade erfolgen (EWALD, 1954, MENDE, 1968).

Nur MÜRY (1968) stellte fest, daß die Schubhäufigkeit nach einer Interruptio abnahm (vorher o.48 Schübe/Jahr und nach der Operation nur noch o.13 Schübe/Jahr). Eine Besserung des körperlichen und psychischen Zustandsbildes konnte er bei 1o Patienten nachweisen und keinen Einfluß bei 15 Patienten, auch nach mehrmaligem Schwangerschaftsabbruch. Nur bei einem Fall nahm sie einen unabhängigen, progredienten Verlauf.

Zusammenfassend läßt sich sagen: daß

1. ein Schub während einer früheren Schwangerschaft, der einen progredienten Verlauf nahm, und
2. ein frischer Schub während der bestehenden Schwangerschaft Indikationsgründe zum Schwangerschaftsabbruch darstellen.

Dazu Fall 3

1. 3. 2.

Gutachten vom 9.3.1967 Krankenblatt Nr. 7o/177

Frau G.A.

Die Patientin ist 28 Jahre alt, rk., verh. (1958, Ge-

schäftsfrau, Ehemann Kaufmann.

Gyn.A.: 1 Partus 1959, Scheidencyste, Antikonzeptivum: Eugynon, Mens II.

1953 Appendektomie, 1956 Tonsillektomie.

Im Februar 1956 trat der erste MS-Schub auf. Die Patientin bemerkte "Kribbeln in den Fingern", Einschlafen der Füße, über Nacht Steifigkeit des rechten Beines und des rechten Armes. Nach einer 4-wöchigen stationären Behandlung erfolgte eine Teilremission. Im August 1956 kam der zweite Schub, der schnell abklang, aber Paraesthesien der Extremitäten hinterließ. 1959 erfolgte die Spontangeburt ihres Kindes. Die Schwangerschaft, die Geburt und das Puerperium sind komplikationslos verlaufen. Im März 1966 trat der dritte Schub auf. Langsam progredient verlaufende neurologische Störungen wurden an den Beinen beobachtet. 5 Wochen vor Erstellung des Gutachtens erfolgte plötzlich eine erhebliche Verschlimmerung des neurologischen Krankheitsbildes, das eine deutliche Progredienz zeigte (Tremor der oberen und unteren Extremität und des Kopfes, Gehunfähigkeit, subjektive Verschlimmerung von Woche zu Woche).

Befund:
neurologisch: erhebliche Paresen an beiden unteren Extremitäten, Ataxie der oberen Extremitäten. Im zeitlichen Zusammenhang mit der jetzigen Schwangerschaft akute Verschlechterung des Leidens.

Stellungnahme zum SA-Antrag: befürwortet, da vitale Indikation.

Epikrise:

Unser dritter Fall ist eine schwangere Patientin mit einer Encephalomyelitis disseminata. Die Stellungnahme in unserem Fall entspricht der Einstellung von MARTINI, RIEPENHAUSEN, MIKULICZ-RADECKI, MÜRY und KERN: Die Genehmigung des therapeutischen Aborts bei akuter Verschlechterung während der bestehenden Schwangerschaft. Ob aber eine Besserung des Krankheitsbildes eintritt, bleibt ungewiß.

1. 4. Angiom, Aneurysma, subarachnoidale Blutung (SAB) und Schwangerschaft

1. 4. 1. Literaturübersicht:

Das Angiom ist eine mesodermale Gefäßmißbildung. Es führt bei mehr als 5o % zu einer SAB, einer intracerebralen oder einer intraventrikulären Blutung (WOLF, 196o). Nach SUNDER und PLASSMANN (1957) kommt es bei 6o % der Angiome zur SAB, diese sind zu 1o % letal (WOLF, 1971). Die Mortalität bei arterivenösem Angiom schätzen WOOD und SVIEN (1958) auf ca. 2o %, u. zw. durch eine Blutung bedingt. Durch die Druckwirkung des Angioms auf die Umgebung und durch die Wirkung des arterio-venösen Shunts kommt es zu einer Minderdurchblutung (Ischämie) und anschließend zu einer Encephalomalazie des Nachbargewebes (CHRISTENSEN, 1956 und WOLF, 196o). Eine "Venifikation" der Arterien und eine "Arterialisation" der Venen setzt ein. Die Arterienwände zerreißen leicht und dadurch kommt es zu einer Blutung ins Gewebe oder in den Subarachnoidalraum. Mit jeder Blutung steigt die Vulnerabilität der Gefäße (FELDMANN et al., 1955). Meistens tritt die Blutung spontan, im Schlaf oder rein zufällig auf (CHRISTENSEN, 1956, WEICKMANN, 1969). Die Prognose ist im allgemeinen schlecht. 1/3 der Patienten mit Subarachnoidalblutung stirbt innerhalb von 48 Stunden, 2/3 nach 12 Tagen und ein weiteres Sechstel nach 4 Wochen (WOOD und SVIEN, 1958). Die Gefahr einer Nachblutung ist innerhalb

der nächsten 4 Wochen nach einer Subarachnoidalblutung am größten. Die Mortalität bei einer Nachblutung in den ersten 2 Wochen schwankt zwischen 24 und 46 % (WOLF, 196o, 1971, WEICKMANN, 1969). Eine Rezidivblutung nach einigen Monaten wird meistens nicht überlebt (WOLF, 1971). Die häufigsten Subarachnoidalblutungen haben als Ursache ein Aneurysma (7o-8o % nach SUNDER und PLASSMANN, 1967, und 5o-6o % nach HEIDRICH, 197o).

Die Gefahr einer Subarachnoidalblutung während der Schwangerschaft wird häufig überschätzt. Es ist ein relativ seltenes Ereignis während der Schwangerschaft, der Geburt und dem Wochenbett. Die Schwangerschaft hat eher einen günstigen Einfluß auf die Subarachnoidalblutung, da das Gerinnungsvermögen in der Gravidität ansteigt (HEIDRICH, 197o). Nur 14,2 % der in der Gravidität auftretenden Subarachnoidalblutungen sind durch Preßwehen in der Geburtsphase bedingt.

5o % der Subarachnoidalblutungen werden praepartal und 35,8 % postpartal manifest (CHRISTENSEN, 1956).

Indikation zum Schwangerschaftsabbruch:

HEIDRICH empfiehlt, nach gut überstandener subarachnoidaler Blutung, die Schwangerschaft austragen zu lassen. WOLF sieht in der Subarachnoidalblutung im allgemeinen keine Indikation zum Schwangerschaftsabbruch oder zur Schnittentbindung. FELDMANN et al. raten, da besonders im letzten Drittel der

Schwangerschaft eine erhöhte Neigung zur Progredienz besteht (KAUTZKI, 1968), eine Schnittentbindung. MENDE befürwortet eine Interruptio, wenn vermehrte Oedembereitschaft zu einer therapieresistenten intrakraniellen Drucksteigerung führt.

Zusammenfassung: eine Indikation ist gegeben, wenn die Gefahr einer lebensbedrohlichen, therapieresistenten Hirndrucksteigerung besteht. Sonst wird im allgemeinen keine Indikation zum Schwangerschaftsabbruch bei diesem Leiden gesehen.

Dazu Fall 4

1. 4. 2.

Gutachten vom 27.1o.197o Krankenblatt Nr. 7o/174

Frau G.K.

Die Patientin ist 23 Jahre alt, rk., verh. (1968), Steuergehilfin, jetzt Rentnerin, Ehemann Mechaniker.

Gyn.A.: ø Kinder, ø Aborte, Mens III

Die Patientin wurde nach einer intracerebralen Blutung, die mit heftigsten Kopfschmerzen, Erbrechen, mehrstündiger Bewußtlosigkeit und linksseitiger Hemiplegie einherging, am 12.6.1969 in der Neurochirurgischen Klinik operiert. Dabei wurde ein cavernöses Angiom der rechten Fissur makroskopisch vollständig entfernt und ein umgebendes Hämatom ausgeräumt. Die postoperative Zeit verlief komplikationslos. Am Tag der Entlassung (1.7.1969) war die Patientin psychisch fast unauffällig. Ungefähr 6 Wochen nach Entlassung erlitt Frau K. einen hirnorganischen Anfall und 2 Wochen vor der letzten Menstruation einen zweiten. Seitdem hat sich eine starke Wesensänderung manifestiert.
Jetzt befindet sich Frau K. im 3. Schwangerschaftsmonat. Sie fühle sich schwunglos, sei müde, habe erhebliche Kopfschmerzen und habe keinerlei Interesse mehr.

Befund:

neurologisch: leichte armbetonte spastische Hemiparese, Sehnenreflexe links betont, Hypodiadochokinese links

psychisch: Stimmung flach, läppisch, inadäquates Weinen, affektive Inkontinenz, deutlich hirnorganisch verlangsamt und kritikschwach, leichte Demenz vermutet.

Stellungnahme zum SA-Antrag: Gefahr der Hirnblutung in der Schwangerschaft und Entbindung, Gefahr einer Anfallsfrequenzerhöhung kaum vorhanden. Antrag abgelehnt.

Epikrise:

Wie nachgewiesen wurde, ist die Gefahr einer Hirnblutung aus einem rupturierten mißgebildeten Gefäßkonvolut gering. Da außerdem das Angiom schon vor mehr als 1 Jahr mit allen angrenzenden Zu- und Abflußwegen und umliegendem Hämatom ausgeräumt wurde, bedeutet die Austragung der Schwangerschaft ein noch geringeres Risiko.

1. 4. 3. Hirnvenenthrombose, Sinusthrombose und Schwangerschaft

Literaturübersicht:

Thrombosen in der Schwangerschaft und dem Wochenbett sind nicht selten. Nach Angaben von HUHN (1968) treten bei ca. 1 % der Schwangeren Bein- und Beckenvenenthrombosenauf. Viel seltener werden Hirnvenenthrombosen mit einer weitaus schlechteren Prognose manifest (HUHN, 1968). Als Ursachen der Thromboseentstehung werden u. a. Verschiebung des Ge-

rinnungsstatus, entzündliche Prozesse in der Nachbarschaft der Venen sowie spontan austhrombosierende Aneurysmen angegeben (HEIDRICH, 197o). Die Schwangerschaft und das Puerperium scheinen für die Entstehung intrakranieller Thrombosen besonders disponiert zu sein (HUHN, 1968).

Risiko: Das Vorliegen von Hirnvenenthrombosen bedeutet für den Patienten eine große Lebensgefahr. Das Schicksal der Kranken entscheidet sich oft in den ersten 8 Tagen nach Thrombosierung (WOLF, 1963). Die Letalität wird mit 45 % angegeben (HUHN, 1969). Der Tod tritt meistens durch eine nicht mehr therapierbare intrakranielle Drucksteigerung ein. Es kann aber auch durch die Behinderung der Abflußwege zu einer Oedembildung, Gefäßwandalteration und damit zu einer "hämorrhagischen Infarzierung" des von den betroffenen Venen drainierten Gewebes kommen.

Indikation zum Schwangerschaftsabbruch:

WOLF und HUHN sehen bei Vorliegen einer Hirnvenen- oder Sinusthrombose einen Schwangerschaftsabbruch als vitale Indikation an. HUHN empfiehlt gleichzeitig, wegen der ausgesprochenen Rezidivgefahr in der Gravidität und dem Wochenbett, eine Sterilisation.

Zusammenfassung: eine Hirnvenen- oder Sinusthrombose stellt grundsätzlich eine Indikation zum Schwangerschaftsabbruch dar. Außerdem sollte eine Tubenligatur empfohlen werden.

Dazu die Fälle 5 und 6

1. 4. 4.

Fall 5

Gutachten vom 9.3.1971 Krankenblatt Nr. 6o/114o

Frau H.U.

Die Patientin ist 43 Jahre alt, rk., verh. (1948), Hausfrau, Ehemann Bergmann.

Gyn.A.: 4 Kinder (1. 21 Jahre (verh.), 2. 18 Jahre, 3. 15 Jahre und 4. 1o Jahre), Mens III.

5 Tage nach der Geburt ihres 4. Kindes (196o) traten plötzlich starke Kopf- und Ohrenschmerzen, sowie Sehstörungen des linken Auges auf. Einen Tag danach entwickelte sich eine Parese der linken Körperhälfte mit Gesichtsoedem und einem fraglich hirnorganischen Anfall. Nackensteifigkeit, Stauungspapillen beidseitig, verwaschene, bulbäre Sprachstörung, fragliche sensorische und motorische Aphasie waren zu beobachten. Es handelte sich um eine Sinusthrombose. In den folgenden Wochen erfolgte eine langsame Remission. Es traten Thrombosen in Armen und Beinen auf.
Seit dieser Zeit befindet sich die Patientin in ständiger ambulant-ärztlicher Kontrolle.
Es treten immer wieder wetterabhängige paroxysmale Schwindelattacken mit Bewußtseinstrübung auf. Frau U. leidet unter ständiger panischer Angst vor einer weiteren Schwangerschaft. Sie befürchtet, die Geburt eines weiteren Kindes nicht mehr zu erleben.

Befund:

neurologisch: EEG zeigt einen frontotemporalen Fokusbefund links, ungeklärte Jackson-Anfälle, möglich psychogen mitdeterminiert, keine neurologischen Ausfallserscheinungen

psychisch: Denkstörungen, erhebliche Reizbarkeit und Schreckhaftigkeit, affektiv mitschwingend, 'organisches Psychosyndrom'.

Stellungnahme zum SA-Antrag: vitale Indikation, da erhebliche Rezidiv- und damit Lebensgefahr, Sterilisation empfohlen.

Epikrise:

Bei Frau U. wurde der Antrag entsprechend der Literaturempfehlung befürwortet und eine prophylaktische Sterilisation angeraten, um vor einer weiteren Schwangerschaft und damit einer erneuten Lebensgefahr absolut sicher zu sein.

1. 4. 5.

Fall 6

Gutachten vom 28.12.1971 Krankenblatt Nr. 71/1876

Frau M.F.

Die Patientin ist 36 Jahre alt, evgl., verh. (196o), Hausfrau, Ehemann Techniker.

Gyn.A.: Totgeburt (196o, "blaues Kind"), schwere Geburt (1963), Mens II/III.

1945/46 Typhus, 1955 Blutsturz (Tbc). 1956 trat im linken Bein eine Thrombose auf. Während der bestehenden Frühschwangerschaft erfolgte ganz plötzlich eine Thrombosierung im Bereich der Vena cerebri media sinistra mit rasch zunehmender rechtsseitiger Hemiparese und temporärer Bewußtseinstrübung.

Befund:

neurologisch: schlaffe Hemiparese rechts mit Beteiligung des Gesichts, rechtsseitig Babinskiphänomen auslösbar, erhebliche sensorische und motorische Aphasie, frischer Teilverschluß im Bereich der Vena cerebri media sinistra, kein Anhalt für Aneurysma oder raumfordernden Prozeß.

Stellungnahme zum SA-Antrag: befürwortet, da erhöhte Rezidivgefahr in Schwangerschaft und Wochenbett, vitale Indikation.

Epikrise:

Auch bei Frau F. bestand eine vitale Indikation zum Schwangerschaftsabbruch. Das Risiko, das sie durch die Austragung

der Schwangerschaft einginge, ist viel zu groß. Wegen der ausgesprochenen Gefährlichkeit der Hirnvenen- und Sinusthrombosen und der potenzierenden Wirkung durch die Schwangerschaft, sollte eine Interruptio in so gelegenen Fällen immer befürwortet werden.

1. 5. Epikritische Zusammenfassung der Patientinnen mit neurologischer Erkrankung und Schwangerschaft

Bei Fall 1 und Fall 4 wurde keine Indikation zum Schwangerschaftsabbruch gesehen,

Fall 1: symptomatische Temporallappenepilepsie; da keine objektive Anfallssteigerung eruiert werden konnte.

Fall 4: Status nach Angiomausräumung; da keine Anfallshäufung bestand und keine erhöhte Gefahr einer Subarachnoidalblutung. Die Hirnoperation lag schon 1 Jahr zurück und somit ist die Gefahr einer Rezidivblutung nicht mehr sehr groß. Außerdem wirkt die Gravidität eher protektiv als auslösend. Die Geburtsphase stellt nachgewiesenermaßen keine erhöhte Gefahr einer Subarachnoidalblutung dar.

Die Anträge der Fälle 2, 3, 5 und 6 wurden befürwortet.

Bei Fall 2 bestand eine erhöhte Rezidivgefahr der hochmalignen Geschwulst (Medulloblastom). Da eine erhebliche Lebensverkürzung, durch die Austragung der Schwangerschaft bedingt, befürchtet wur-

de, war eine Indikation zum Schwangerschaftsabbruch vorhanden. Zur Demonstration der katalytischen Wirkung der Schwangerschaft auf eine maligne Hirngeschwulst, wurde Fall S vorgestellt.

Fall 3: Bei dem 3. Fall setzte während der Schwangerschaft ein schwerer MS-Schub ein. Um eine weitere Verschlimmerung zu vermeiden, wurde der Antrag befürwortet.

Fall 5 und 6: Da es sich bei diesen beiden Fällen um cerebrale Thrombosen handelte, und somit Lebensgefahr bestand, wurden beide Anträge befürwortet.

2. Psychiatrische Krankheiten und Schwangerschaft

Endogene Psychosen

2. 1. Literaturübersicht:

Eine Einflußnahme der Gestationsperiode auf die Schizophrenie oder die endogene Depression wird größtenteils verneint, in manchen Fällen jedoch eine mögliche Induktion diskutiert (GLAUS, 1948, KING, 195o, BINDER, 1951, H.-H.MEYER, 1953, SCHWINGENHEUER, 1953, EWALD, 1954, PAULEIKHOFF, 1964, MUTH und ENGELHARDT, 1964). Die Psychosen treten meistens in der Altersgruppe mit der größten Geburtenhäufigkeit auf. Schrappe stellte fest, daß die verwitweten und geschiedenen Frauen am stärksten gefährdet sind, danach folgen die ledigen, an dritter Stelle die verheirateten Frauen ohne Kinder und erst an letzter Stelle die verheirateten Frauen mit Kindern. Ein sicherer Beweis der auslösenden Wirkung durch die Gestation ist nicht zu erbringen. Es wird allgemein angenommen, daß während der Schwangerschaft nur selten ein endogenes Zustandsbild manifest wird. Man vermutet sogar, daß die Schwangerschaft wie auch bei den meisten neurologischen Erkrankungen eine protektive Wirkung auf die psychiatrische Erkrankung hat (PAULEIKHOFF, 1955, SCHRAPPE, 1968). Falls aber eine endogene Depression oder eine Schizophrenie in der Gravidität auftritt, so hat sie gewöhnlich eine schlechte Prognose

(PAULEIKHOFF, 1964). Am häufigsten werden die Psychosen in der post partalen Zeit beobachtet. Von den 6-15 % Psychosen bei Frauen, die im zeitlichen Zusammenhang mit den Gestationsphasen auftreten, liegen 1o-25 % in der Gravidität, 6o-9o % im Wochenbett, bis zu 25 % in der Lactationsperiode und ca. 15 % nach einem Abort (H.-H.MEYER, 1953, 25 % Gravidität, 6o % Wochenbett, 15 % Abort; SCHWINGENHEUER, 1954, 15 % Gravidität, 6o % Wochenbett, 25 % Lactationsperiode; CARLOS und BORGES, 1954, 1o,4 % Gravidität, 89,6 % Wochenbett; WYSS, 1964, 15 % Gravidität, 85 % andere). PAULEIKHOFF hat für die post partalen Psychosen (Puerperium und Lactationsperiode) einen Zeitplan aufgestellt, aus dem wir erfahren können, wann eine bestimmte Psychose auftritt, und welchen Verlauf sie nimmt. Am 3. - 5. Tag p.p. treten meistens maniforme Zustandsbilder mit amentieller Färbung auf. Diese haben eine relativ gute Prognose. Es kommt meist zu einer vollständigen Remission. Eine Wiederholung in der nächsten Gravidität ist ausgesprochen selten. Die am 6. - 8. Tag nach der Entbindung entstehenden Psychosen sind häufig schlecht therapeutisch beherrschbar. Es kann eine 2- bis 3-monatige stationäre Behandlung notwendig werden, und sie können nach der nächsten Geburt in der gleichen Weise oder in einem etwas anderen Erscheinungsbild wieder auftreten. Gefährdet ist auch der 9. - 11. Tag p.p. In dieser Zeit, am Ende des Puerperiums, kann die Psychose schizophrenen oder endogenen Charakter haben. Die Prognose ist un-

günstig, aber doch nicht quoad sanationem infaust. Eine Wiederholung ist wahrscheinlich. In der 3. - 4. Woche treten typische und atypische endogene Depressionen auf, mit einer von der amentiellen Färbung abhängigen Prognose. Je mehr amentielle Züge das Erscheinungsbild aufweist, umso günstiger ist die Prognose. Den schwersten Verlauf nehmen die nach 3 - 4 Monaten p. p. manifest werdenden Schizophrenien. Sie sind erstens sehr schlecht therapierbar, zweitens können sie sich in der nächsten Lactationsperiode wiederholen, oder, was am häufigsten zu beobachten ist, sie nehmen einen eigengesetzlichen Verlauf, unabhängig von der interkurrenten Gravidität (PAULEIKHOFF, 1964).

Im allgemeinen wird behauptet, daß die während der Gestation manifest werdenden Psychosen einen günstigeren Verlauf nehmen, als die in einer anderen Zeit auftretenden Psychosen. Rezidive sind selten anzutreffen (SCHWINGENHEUER, 1953, POLONIOet al., 1955, PAULEIKHOFF, 1964, MENDE, 1968).

BINDER schätzt, daß der schizophrene Schub mit einer Wahrscheinlichkeit von 8o % einen Defekt zurückläßt. DEGKWITZ beobachtete, daß im Verlauf der endogenen Depression es nie zu einer Demenz oder zu einer Denkstörung in Form eines Defektes kam. Auch von anderer Seite wird bestätigt, daß bei manisch-depressiver Psychose äußerst selten ein Persönlichkeitszerfall eintritt.

Über die Suizidalität bei endogener Psychose wird im Kapitel "Suizidalität und Schwangerschaft" eingegangen.

Indikation zum Schwangerschaftsabbruch:

Eine weite Indikationsstellung bei der Schizophrenie fordern LEFERENZ, MAYER, H.W. und STOLTENHOFF. Ein frischer Schub mit drohendem Persönlichkeitszerfall oder Schübe während früherer Schwangerschaften, die einen ungünstigen Verlauf nahmen, stellen für BINDER einen ausreichenden Grund dar. Andere Autoren treten dann für eine Interruptio ein, wenn in der Schwangerschaft die Gefahr eines zunehmenden Persönlichkeitszerfalls bewiesen ist. Ein ausreichender Beweis stellt ein enges zeitliches Zusammentreffen von endogener Psychose und Schwangerschaft dar, wobei die Psychose einen ungünstigen Verlauf nahm (GLAUS, 1948, EWALD, 1954, PAULEIKHOFF, 1964, MUTH und ENGELHARDT, 1964, MENDE, 1968). Bei einem schon etablierten Schub empfiehlt MENDE nicht mehr zu abortieren, da durch den Abbruch keine Besserung erzielt werde. H.-H.MEYER, MÜLLER-HEGEMANN und RIEPENHAUSEN sehen dann eine Indikation, wenn frühere Schübe während der Schwangerschaft aufgetreten sind und ein erneuter Schub in der bestehenden Gravidität eingesetzt hat. PAULEIKHOFF gibt jedoch zu bedenken, daß eine Wiederholung einer puerperalen Psychose selten beobachtet wird. Er befürworte bei einer amentiellen "Wochenbettpsychose" kaum einen Schwangerschaftsabbruch, da sie meistens eine gute Prognose besitzt und zur restitutio ad integrum führt. Bei den mehr schizophren gefärbten Bildern sei nach ihm eine Indikation zu erwägen. Zusammenfassung: Im allgemeinen stellt die endogene Psychose

keinen Indikationsgrund dar. Nur, wenn nachgewiesen ist, daß die Schwangerschaft auslösend wirkte und die Psychose einen ungünstigen Verlauf nahm, ist eine Indikation zu erwägen.

Dazu die Fälle 7 - 15 (schizophrener Formenkreis) und 16 - 17 (zyklothyme Depressionen).

2. 2. Schizophrener Formenkreis

Fall 7 und 8: Schübe in der Schwangerschaft

2. 2. 1.

Fall 7

Gutachten vom 8.12.1969 Krankenblatt Nr. 63/134o

Frau W.B.

Die Patientin ist 29 Jahre alt, rk., verh. (1965), Arzthelferin, Ehemann Studienrat.

Fam.A.: Mutter litt an einer akuten Psychose, starb 1963, Schwester der Großmutter Selbstmord.

Gyn.A.: 1 Partus (1966), Abortus incompletus (1968), jetzt Mens II/III.

Die Patientin wurde 1963, 1965 und 1968 wegen einer akuten schizophrenen Psychose stationär behandelt.

1963 und 1965 vorwiegend paranoid-halluzinatorische Psychose, 2 Selbstmordversuche,

1968 vorwiegend katatoner Erregungszustand (Schrei- und Tobsuchtsanfälle, katatoner Erregungszustand mit optischen und akustischen Halluzinationen).

In dieser Zeit war die Patientin im dritten Monat schwanger. Es traten mehrmals Blutungen auf, die trotz intensiver Therapie nicht beherrscht werden konnten. Es erfolgte ein Abortus imcompletus.

Befund:

neurologisch: regelrecht

psychisch: Stimmung kindisch, läppisch, Affekt labil, ängstlich agitiert, starke Depressionen.

Stellungnahme zum SA-Antrag: vitale Indikation, da befürchtet, daß die bestehende Schwangerschaft einen erneuten katatonen Schub induziert, außerdem besteht erhöhte Selbstmordgefahr.

Epikrise:

Der eine katatone Schub im Jahre 1968 trat in der Frühschwangerschaft auf und nahm einen schweren Verlauf. Die Möglichkeit einer Auslösung des Krankheitsbildes durch die Schwangerschaft ist anzunehmen. Der zweite paranoid-halluzinatorische Schub erfolgte 1965, vermutlich (es geht nicht aus dem Krankenblatt hervor) während der ersten Schwangerschaft (Partus 1966).

Der letzte katatone Schub ist besonders schwer verlaufen. Da der jetzt erhobene Befund (starke Depression) befürchten läßt, daß sich auch dieses Mal ein schlecht zu beherrschender katatoner Schub entwickelt, ist die Indikation zum Schwangerschaftsabbruch gegeben.

Aus der Literatur ist bekannt, daß gerade die endogenen Psychosen, die in der Schwangerschaft einsetzen, häufig einen ungünstigen Verlauf nehmen.

2. 2. 2.

Fall 8

Gutachten vom 6.1. 1972 Krankenblatt Nr. 63/1911

Frau M.T.

Die Patientin ist 35 Jahre alt, rk., verh. (1955), Hausfrau,

Ehemann Fernmeldeassistent.

Gyn.A.: 6 Kinder (Geburten: November 1955, September 1957, November 1958, Februar 1960, Februar 1963, Dezember 1966), Mens II/III.

Frau T. wurde in folgenden Zeiträumen stationär behandelt:

16. 6.1962 - 13. 7.1962 - 1. paranoid-halluzinatorische Schizophrenie,
28.12.1963 - 28. 1.1964 - 2. paranoid-halluzinatorischer Schub,
17. 3.1965 - 14. 4.1965 - 3. beginnender schizophrener Defekt (läppisch, kritikschwach, distanzlos, affektiv verflacht),
22.11.1968 - 20.12.1968 - 4. paranoid-halluz. Schub,
27. 8.1970 - 30. 9.1970 - 5. nach Tod eines Verwandten (Neffe), Auslösung eines 5. Schubes, deutlicher schizophrener Defektzustand auf dem affektiven- und Antriebssektor,
11.10.1971 - 22.10.1971 - 6. erhebliche Unruhe und dauernde Schlafstörungen im Rahmen der Grundkrankheit,
9.11.1971 - 18.12.1971 - 7. ähnlich wie im Oktober 1971 (Unruhe, Schlafstörungen).

Jetzt befindet sich die Pat. im Mens II/III. Unter der medikamentösen Therapie fühlt sich Frau T. wohl und kann gut schlafen.

Befund:

psychisch: betonte oberflächliche Freundlichkeit, Affekt läppisch, verflacht, distanzlos, antriebsarm, keine Halluzinationen, deutlicher schizophrener Defektzustand.

Stellungnahme zum SA-Antrag: abgelehnt und Sterilisation empfohlen. Bei 6 Graviditäten und häufigen schizophrenen Schüben war nur einmal ein zeitliches Zusammentreffen von Gravidität und Schub zu verzeichnen. Wegen der erheblichen sozialen Belastung sollte das Fürsorgeamt eingeschaltet werden.

Epikrise:

Da in Fall 8 der einzige in der Gestation aufgetretene Schub 10 Jahre zurücklag, die Geburt des 6. Kindes im Jahre 1966 ohne Schwangerschafts- oder Wochenbettpsychose einherging, schien die Eigengesetzlichkeit der Psychose klar ersichtlich.

Es bestand nur eine geringe Wahrscheinlichkeit einer erneuten Gestationspsychose.

Fall 9 und 1o: 8 - 14 Tage p.p. schizophrene Schübe

2. 2. 3.

Fall 9

Gutachten vom 14.9.197o Krankenblatt Nr. 69/2o24

Frau N.K.

Frau K. ist 22 Jahre alt, rk., verh. (1967), Verkäuferin, Ehemann Realschullehrer.

Gyn.A.: 1 Partus (1969), Mens II.

Frau K. befand sich nach ihrer ersten Entbindung am 1.12. 1969 vom 15.12.1969 bis 24.1.197o bei uns in stationärer nervenärztlicher Behandlung wegen einer paranoid-halluzinatorischen Wochenbettpsychose. 8 Tage p.p., kurz vor ihrer Entlassung fühlte sich die Patientin zusehends schlechter, belastungsunfähig und erschöpft. Sie war in der Zeit schlaflos, unruhig und nervös. Bei Aufnahme zeigte sie ein völlig inadäquates Bild, Verwirrtheitszustände, sprunghaft wechselnde Affektlage, akustische Halluzinationen, Denkstörungen in Form von Ideenflucht bis zur Zerfahrenheit. Unter massiver neuroleptischer Therapie wurde keine wesentliche Besserung erzielt, erst nach Elektroschockbehandlung und Neuroleptika trat eine weitgehende Remission ein. Nach 6-wöchigem Kliniksaufenthalt wurde sie dann in ambulante Weiterbehandlung entlassen. Sie bekam weiterhin in sehr hohen Dosen Taxilan (5oo mg/die).

Jetzt befindet sich Frau K. im Mens II. Seit dem schizophrenen Schub fühlt sich die Patientin psychisch verändert. Sie klagt über erhebliche Ängstlichkeit, Interessenlosigkeit, Hilflosigkeit und Kontaktarmut. Seit der bestehenden Schwangerschaft sind Erregbarkeit und Ängstlichkeit stärker geworden. Die Patientin gibt fürchterliche Angst vor erneuter Geburt und anschließender Psychose an.

Befund:

psychisch: Defektheilung auf dem affektiven Sektor, Ängstlichkeit, Schreckhaftigkeit.

Stellungnahme zum SA-Antrag: befürwortet, da die letzte Gestationspsychose einen ausgesprochen ungünstigen Verlauf

nahm mit Entwicklung eines Defektes und ein erneuter Schub befürchtet wird mit Gefahr eines schweren gesundheitlichen Schadens.

Epikrise:

Frau K. wurde wegen der "Wochenbettpsychose" 6 Wochen klinisch betreut. Nach Entlassung mußte sie weiterhin Taxilan in hohen Dosen einnehmen. Nur sehr langsam bildete sich die akute Symptomatik zurück. Es trat jedoch keine Vollremission ein. Der Schub liegt weniger als ein Jahr zurück. Die Patientin hatte sich auch zur Zeit der Begutachtung noch nicht erholt. Um einem weiteren Schub mit einem ausgesprochen deletären Verlauf vorzubeugen, wurde der Antrag befürwortet.

2. 2. 4.

Fall 1o

Gutachten vom 6.5.1971 Krankenblatt Nr. 63/3o1

Frau I.S.

Die Patientin ist 31 Jahre alt, evgl., verh. (1959), Hausfrau, Ehemann Krankenpfleger.

Fam.A.: Onkel Selbstmord.

Gyn.A.: 1961 Abort im Mens III. 1963 Geburt eines Sohnes, 14 Tage p.p. "Wochenbettpsychose". 1965 Ausschabung wegen "regelwidrigen" Blutungen. 1966 Abort im Mens II. 1967 erneute Ausschabung wegen "regelwidrigen Blutungen", jetzt Mens III/IV.

Am 28.2. bis 18.7.1963 entwickelte sich im Anschluß an das Puerperium (14 Tage p.p.) ein Verwirrtheitszustand, starke Erregbarkeit, Gespanntheit, große Ängstlichkeit, Schlafstörungen und Wahnideen. Frau S. konnte derzeit ihre Hausarbeit nur unvollkommen verrichten. Nach guter neuroleptischer Einstellung bildete sich die akute Symptomatik zurück. Im weiteren Verlauf trat zeitweise ein katatones Bild auf, das nur langsam abklang. Nach 5 Monaten stationärer Behandlung wurde die Patientin entlassen. Erst 6 Jahre später, am 24.9.-29.1o.1969 erfolgte die zweite klinische Behandlung

wegen katatoner Schizophrenie mit Selbstschädigungstendenzen. In gut remittiertem Zustand konnte sie wieder nach Hause entlassen werden.

Jetzt befindet sich die Patientin im Mens III/IV. Sie fühlt sich gesund. Während der bestehenden Schwangerschaft seien noch keine Komplikationen aufgetreten. Frau S. befürchtet, erneut in der post partalen Zeit zu erkranken.

Befund:

psychisch: kein Defektzustand, trotz durchgemachter Schizophrenie mit schwerem Zustandsbild, Stimmung ist adäquat, keine wesentlichen pathologischen Symptome.

Stellungnahme zum SA-Antrag: abgelehnt, erster Schub p.p. ist kein ausreichender Grund für eine Interruptio. Außerdem ist jeder Schub voll remittiert.

Epikrise:

Frau I.S. mußte wie Fall 9 ziemlich lange therapiert werden (5 Monate stationär), jedoch bei ihr trat eine gute Remission ein. Diese Patientin wurde danach noch zweimal schwanger. Von einer erneut aufgetretenen Psychose ist nichts bekannt. Ob die Aborte (1961, 1966) bei Frau I.S. artifiziell oder spontan erfolgten, ist ebenfalls nicht aus dem Krankenblatt ersichtlich. Daß eine erneute Gestationspsychose eintritt, ist unwahrscheinlich. Hier wurde der Antrag abgelehnt, zumal die Gestationspsychose schon 8 Jahre zurücklag.

Gerade aber der Vergleich mit Fall 9 läßt den Unterschied hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen Gravidität und Psychose erkennen, der hier für die Entscheidung maßgebend war. Hier wäre vielleicht auch eine andere Beurteilung vertretbar gewesen. Wie aus der Literatur ersichtlich, können verschiedene Kriterien zur Beurteilung herangezogen werden.

Fall 11 und 12: schizophrene Schübe einige Monate nach Entbindung bzw. Abort

2. 2. 5.

Fall 11

Gutachten vom 6.9.1967 Krankenblatt Nr. 67/1437

Frau C.M.

Die Patientin ist 28 Jahre alt, evgl., verh. (1963), Hausfrau, Ehemann Lagerist.

Gyn.A.: 2 Kinder (1963, 1965), Mens II.

1954 und 1955 wurde Frau M. wegen atypischer Depression mit Elektroschocks und Insulinschocks behandelt. Dauer des Klinikaufenthaltes 2 Monate, danach wurde die Patientin in gut remittiertem Zustand nach Hause entlassen. Im August 1963 gebar Frau M. ihr erstes Kind. In der postpartalen Zeit war die Patientin verwirrt und hatte akustische Halluzinationen. Deswegen erfolgte eine psychiatrische Behandlung. Es kam zu einer guten Remission. Bis nach der 2. Entbindung fühlte sich Frau M. wohl, mußte aber nach ca. 3 1/2 Monaten wegen des gleichen psychotischen Erscheinungsbildes stationär behandelt werden. Es wurde auch dieses Mal Stimmenhören bejaht. Die Patientin fühlte sich "wie hypnotisiert", müde und arbeitsunfähig. Nach ca. 1 1/2 Monaten erfolgte die Entlassung.

Seit der bestehenden Schwangerschaft (Mens II) gibt Frau M. an, daß sie sehr "zappelig", nervös wäre und ständig Kopfschmerzen hat. In der ersten Zeit der Schwangerschaft habe sie alles erbrochen.

Befund:

psychisch: affektflach, antriebsarm, im Sinne einer leichten dynamischen Insuffizienz.

Stellungnahme zum SA-Antrag: befürwortet, da p.p. zweimal ein schizophrener Schub aufgetreten ist, und somit ein weiterer Schub im Puerperium befürchtet werden muß.

Epikrise:

Bei dieser Patientin stellt die Schwangerschaft sicher ein auslösendes Moment dar. Nach den beiden erfolgten Geburten

trat einige Monate p.p. ein progredient verlaufender schizophrener Schub auf. Nach PAULEIKHOFF nehmen gerade diese Lactationspsychosen einen progredienten Verlauf und kehren häufiger als andere Schwangerschaftspsychosen in späteren Gestationen wieder.

2. 2. 6.

Fall 12

Gutachten vom 25.7.1968 Krankenblatt Nr. 6o/1157

Frau M.F.

Die Patientin ist 35 Jahre alt, rk., verh. (1952), Hausfrau, Ehemann Kürschnermeister.

Gyn.A.: 4 Kinder (Geburten: 1953, 1955, 1959, 1962), 5 Aborte (1955, 1956, 1958, 196o, 1961), Mens II/III.

1955 nach 2. Geburt schizophrener Schub mit Selbstmordversuch,
1957 im Mai Abort, im September schizophrener Schub,
196o nach Verkehrsunfall (Selbstmordversuch), Blutung und anschließend Abort und katatoner Schub,
1961 Abort, danach drei Schübe,
1. paranoid-halluzinatorischer Schub,
2. paranoid-halluzinatorischer Schub,
3. maniformer Schub,
1963/64, 1964, 1965, 1966 und 1967 zyklothyme Schizophrenie,
1965 mit Selbstmordversuch.

Die Patientin wirkt seit 1957 gegenüber der Haushaltsführung und Kindererziehung zunehmend gleichgültiger, desinteressierter, reizbarer und intolerant. Sie ist der seelisch-körperlichen Belastung kaum mehr gewachsen.

Befund:

psychisch: wirkt getrieben und erschöpft, akustische Halluzinationen, akute Erregungszustände, erhebliche Ängstlichkeit und Selbstmordgefahr, schizophrenes Defektsyndrom.

Stellungnahme zum SA-Antrag: befürwortet, da von 9 Schwangerschaften 4 in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Prozeßpsychose. Nach der letzten Schwangerschaft erfolgte eine lang dauernde stationäre Behandlung. Hohe Wahrscheinlich-

keit eines erneuten Schubes in der Gestation, Selbstmordgefahr.

Epikrise:
Bei dieser Patientin trat einmal, u. zw. 1955, ein schizophrener Schub nach einer Geburt auf und dreimal Schübe nach Aborten. Daraus läßt sich folgern, daß die Gestation sicher auslösend wirkte; es ist aber zu überlegen, ob nicht gerade die Aborte provozierend wirkten. Nach H.-H. MEYER treten 15 % der Gestationspsychosen nach Aborten auf. Da das psychische Bild, das die Patientin bei der Begutachtung bot, einen beginnenden Schub befürchten ließ (akustische Halluzinationen, akuter Erregungszustand), ist der Antrag befürwortet worden.

Fall 13, 14 und 15: schizophrene Schübe nicht im zeitlichen Zusammenhang mit Schwangerschaft

2. 2. 7.

Fall 13

Gutachten vom 24.1o.197o Krankenblatt Nr. 7o/74o

Fräulein H.S.

Die Patientin ist 21 Jahre alt, evgl., ledig, Postangestellte, jetzt arbeitslos.

Gyn.A.: ø Kinder, Mens II.

Fräulein S. hat sich seit 1969 nach einem Wohnungswechsel im Wesen geändert. Verfolgungswahn, akustische Halluzinationen und abnorme Bedeutungs- und Beeinflussungserlebnisse wurden angegeben. Vom 2. - 3o.5.197o befand sich die Patientin in nervenärztlicher Behandlung. Es bestand eine paranoid-halluzinatorische Schizophrenie. Die Patientin war deutlich affektgestört und zeigte formale und inhaltliche Denkstörungen und läppisches Verhalten. Unter der Therapie erfolgte eine weitgehende Remission. Fräulein S. wurde im September 197o von einem jungen Mann, den sie erst kurze

Zeit kannte, geschwängert. Jetzt befindet sich die Patientin im 2. Schwangerschaftsmonat. Fremdanamnestisch läßt sich in Erfahrung bringen, daß die Patientin schon seit "einigen" Wochen depressiv verstimmt, antriebslos und sehr ängstlich sei. Fräulein S. glaubt, der auf sie zukommenden Belastung nicht gewachsen zu sein. Außerdem befürchtet sie eine durch die Medikamenteneinnahme mögliche Mißbildung des Kindes.

Befund:

psychisch: Zeichen eines beginnenden Defektsyndroms, affekt- und antriebsarm (dynamische Insuffizienz), bedrückt-depressiv-dysphorische Stimmung, mögliche Suizidgefahr.

Stellungnahme zum SA-Antrag: Aufgrund exogener Noxen ausgelöster erster Schub. In bestehender Schwangerschaft erneuter schizophrener Schub mit weiterem Persönlichkeitszerfall befürchtet. Alle Faktoren, die einen erneuten Schub auslösen könnten, sind strengstens auszuschließen. Antrag befürwortet.

Epikrise:

Bei Fräulein S. trat im Jahre 1969 der erste schizophrene Schub auf. Er zeigte einen schweren progredienten Verlauf mit tiefgreifender Persönlichkeitsveränderung. Die Patientin hatte die Tendenz auch die bestehende Noxe "Schwangerschaft" konflikthaft zu verarbeiten. Um eine weitere Persönlichkeitsdestruktion zu vermeiden, ist der Antrag befürwortet worden.

Es ist bekannt, daß besonders ledige labile, selbstunsichere Psychopathen zu einer Fehlverarbeitung der Schwangerschaft neigen.

2. 2. 8.

Fall 14

Gutachten vom 8.2.1971 Krankenblatt Nr. 65/24

Frau I.A. ist 33 Jahre alt, evgl., verh. (1956), Hausfrau, Ehemann Hüttenarbeiter.

Fam.A.: Vater seit 1955 in Anstaltsbehandlung (Schizophrenie).

Gyn.A.: 2 Kinder (1956, 1959), 2 Aborte, Mens II/III.

Vom 6.1.1965 bis 3.2.1965 wurde die Patientin wegen fraglicher Schizophrenie stationär behandelt. Vom 22.9. bis 2o.11.1965 erfolgte die zweite klinische Behandlung (akuter schizophrener Schub). Die Psychose war sehr schlecht anzugehen. Kurz nach der Entlassung, ein halbes Jahr später, wurde sie wieder stationär behandelt. 4 Jahre später, 197o, erfolgte dreimal eine klinische Behandlung.

Jetzt befindet sich Frau A. im Mens II/III. Sie verhält sich völlig apathisch, antriebslos und versorgt den Haushalt und die Kinder nur unzureichend, so daß ihre Mutter den größten Teil der Hausarbeit übernommen hat. Es besteht Suizidtendenz.

Befund:

psychisch: Kontakt schwer herstellbar ("abgewandtes Gesicht und vor sich hinstarrend"), erhebliche Antriebsarmut, affektive Verflachung, läppisches Verhalten, inhaltliche und formale Denkstörungen, deutlicher schizophrener Defektzustand.

Stellungnahme zum SA-Antrag: größere Gefahr der Auslösung eines schizophrenen Schubes durch die Schwangerschaft nicht sicher nachweisbar. Behandlungsbedürftige und behandlungsfähige Störung. Keine Indikation, da Gefährdung ihrer Gesundheit und ihres Lebens durch die Schwangerschaft nicht vorliegt. Sterilisation aus sozialen und erbmedizinischen Gründen empfohlen.

Epikrise:

Frau A. hat 4 Schwangerschaften durchgemacht (2 Geburten, 2 Aborte). Die beiden Entbindungen erfolgten vor Beginn der Erkrankung, u. zw. 1956 und 1959, wogegen die Schizophrenie erst im Jahre 1965 manifest wurde. Wann die 2 Aborte erfolgten, ist leider nicht bekannt. Die Schizophrenie scheint eigengesetzlich zu verlaufen, ohne Einfluß exogener Noxen. Deswegen ist auch kein Grund zur Interruptio vorhanden.

2. 2. 9.

Fall 15

Gutachten vom 21.11.1967 Krankenblatt Nr. 67/2384

Frau A.S.

Die Patientin ist 32 Jahre alt, rk., verh. (1958), Hausfrau, Ehemann Hilfsarbeiter.

Fam.A.: Eine Kusine ebenfalls nervenkrank.

Gyn.A.: 1. Partus 1958, 2. Partus 1960, 3. Partus 1964, 1 Abort 1959, Mens II.

1955 und 1958 befand sich die Patientin wegen einer akuten paranoid-halluzinatorischen Schizophrenie in stationärer Behandlung. Jedesmal trat eine gute Remission ein. Seit 1959 befindet sich Frau s. jährlich einmal in nervenklinischer Behandlung für jeweils ca. 2 - 3 Wochen. Frau S. befindet sich jetzt im Mens II. Sie gibt an, immer noch akustische Halluzinationen zu haben, und glaubt der Belastung durch ein weiteres Kind nicht gewachsen zu sein. Die Haushaltsführung ist noch gut möglich. Sie ist krankheitseinsichtig und setzt sich den negativen und positiven Stimmen zur Wehr.

Befund:

psychisch: regelrecht, krankheitseinsichtig, keine schizophrenen Defektsymptome.

Stellungnahme zum SA-Antrag: abgelehnt, da während den früheren Schwangerschaften keine Verschlechterung des Zustandsbildes erfolgte und folglich auch jetzt keine Verschlimmerung i.gr. zu befürchten ist.

Epikrise:

Die 3 Geburten und der Abort sind im zeitlichen Zusammenhang mit den Schüben zu sehen. Jedoch ist jeder Schub voll remittiert, d. h., die Schizophrenie nahm keinen ungünstigen Verlauf. Da auch in der letzten Schwangerschaft nicht mit einer Verschlechterung des Zustandsbildes gerechnet wurde, ist der Antrag abgelehnt worden.
Ein Indikationsgrund ist nur dann vorhanden, "wenn die Psychose einen ungünstigen Verlauf nahm".

2. 3. Zyklothyme Depression und Schwangerschaft

2. 3. 1. Literaturübersicht: Siehe unter 2. 1. S. 79.

Indikation zum Schwangerschaftsabbruch:

Bei schweren endogenen Depressionen mit erheblicher Suizidtendenz befürworten u. a. MENDE und RIEPENHAUSEN einen therapeutischen Abort.

Es wird von fast allen Autoren bei manisch-depressiver Psychose ein strenger Maßstab gefordert, da meistens keine direkte Gefahr für Mutter und Kind besteht und die Psychose unbeeinflußt bleibt (LEFERENZ, 1952, RIEPENHAUSEN, 1955, MUTH und ENGELHARDT, 1964, K.KOLLE, 1964, PAULEIKHOFF, 1964). Am ehesten befürwortet PAULEIKHOFF einen Antrag auf Schwangerschaftsabbruch, wenn die Gestationspsychose nach dem 9. Tag p.p. auftritt.

Vor der Befürwortung muß erwogen werden, ob die Antragstellerin dieser nun doppelten Belastung gewachsen ist, und ob nicht gerade durch den Schwangerschaftsabbruch eine Verschlimmerung des Krankheitsbildes hervorgerufen wird (EWALD, 1954).

Zusammenfassung: Im allgemeinen stellt die zyklothyme Depression keinen Indikationsgrund dar. Nur, wenn nachgewiesen ist, daß die Gestation einen ungünstigen Einfluß auf das Nervenleiden hat, ist eine Indikation zu erwägen.

Dazu die Fälle 16 und 17:

2. 3. 2.

Fall 16

Gutachten vom 16.1o.1969 Krankenblatt Nr. 66/333

Frau Dr.A.B. ist 34 Jahre alt, evgl., verh. (1962), Ärztin, Ehemann Arzt.

Fam.A.: Bruder Epilepsie.

Gyn.A.: 3 Kinder (1963, 1964, 1966), Mens II/III.

In den ersten Monaten der ersten Schwangerschaft (1963) gab die Patientin leichte Depressionen an. Nach Entbindung hatte sie Angstzustände und war erheblich depressiv verstimmt für die Dauer von 5 Tagen. In der Folgezeit zeigte sich nur eine leichte Gedrücktheit, die bis nach der Lactationsperiode andauerte. Im Anschluß an die Geburt des zweiten Kindes fühlte sich Frau B. leicht verstimmt und zeigte eine Tendenz zur sensitiven Reaktion. In der letzten Woche vor der dritten Entbindung (Januar 1966) traten plötzlich Angstzustände, Schlaflosigkeit auf mit innerer Unruhe und depressiver Verstimmung. Nach der Entbindung fühlte sich die Patientin relativ wohl. 4 Wochen p.p. entwickelte sich ein Depressionszustand mit zunehmender dynamischer Insuffizienz. Es entstand ein schweres akutes psychotisches Zustandsbild mit Entfremdungsgefühl, Ratlosigkeit und Vernachlässigung der hausfraulichen Pflichten. Nur mit hohen neuroleptischen Dosen war die Psychose zu beherrschen. Im März 1966 (2 Monate nach Aufnahme) wurde sie in ambulante Weiterbehandlung entlassen. Ein erneuter Klinikaufenthalt fand vom 7.7. bis 24.9.1966 statt und ein weiterer vom 1. 1o. bis 2o.12.1966. Jedesmal danach wurde ambulant weiterbehandelt. Bis 6 Wochen vor Antragstellung stand die Patientin unter hochdosierter neuroleptischer Medikation.

Jetzt befindet sich die Patientin im Mens II/III. Sie steht zur Zeit unter Lithium-Dauermedikation.

Befund:

psychisch: Lebensüberdruß, zyklothyme Depression mit "irreversibler Schädigung".

Stellungnahme zum SA-Antrag: befürwortet und Sterilisation empfohlen. Die erste und dritte Gravidität sind sicher im zeitlichen Zusammenhang mit der Psychose aufgetreten. Nach der dritten Schwangerschaft manifestierte sich die Psychose so heftig und "irreversibel", daß die Patientin noch 3 1/2

Jahre danach unter ambulant-ärztlicher Beobachtung bleiben mußte, sowie hochdosiert therapiert werden mußte.

Epikrise:

Bei unserer 16. Patientin war ein eindeutiger Zusammenhang der Psychose und der Schwangerschaft erkennbar. Nach allen drei Geburten trat eine psychische Alteration ein. Bei der 1. und 3. Gravidität setzte die Phase schon in der Schwangerschaft ein. Nach der Entbindung des dritten Kindes entwickelte sich das Krankheitsbild so stark und scheinbar irreversibel, daß ein Schwangerschaftsabbruch auf jeden Fall gerechtfertigt war, um den destruktiven Prozeß aufzuhalten.

Das Krankheitsbild hat sich innerhalb der letzten Jahre vollständig zurückgebildet, so daß heute nicht mehr von einer irreversiblen Schädigung gesprochen werden kann.

Wie aus der Literatur bekannt ist, verläuft eine endogene Depression nicht destruktiv.

2. 3. 3.

Fall 17

Schwangerschaftsabbruch 1967 Krankenblatt Nr. 68/1589
(Gutachten lag nicht vor)

Frau E.B.

Die Patientin ist 3o Jahre alt, evgl., verh. (1953), Fabrikarbeiterin, Ehemann Stanzer.

Gyn.A.: Dysmenorrhoen, 196o, 1962 Spontangeburt, 1964 und 1965 Kaiserschnitt (das 1964 geborene Kind starb 5 Tage p.p., 2 Aborte, 1967 Interruptio.

Nach dem letzten Kaiserschnitt 1965 war Frau B. depressiv verstimmt, antriebslos, teilnahmslos, hatte starkes unbegründetes Angstgefühl, innere Unruhe, "Wahnvorstellungen"

("Bauarbeiter schaufeln ihr das Grab aus"). Der Appetit und der Schlaf waren gestört, Selbstmordversuch. Deswegen wurde die Patientin stationär behandelt. In gut remittiertem Zustand erfolgte die Entlassung nach einigen Monaten. Es wurde aber weiterhin Taxilan verordnet, das sie jedoch wegen Magenbeschwerden absetzte. Danach entwickelten sich coenaesthetische Beschwerden und Gefühlskälte, sowie ein deutlicher Defektzustand. Sie war grob und aggressiv gegen Mann und Kinder.
Diagnose: atypische Depression.
Im Jahre 1967 wurde wegen dieses Zustandsbildes eine Interruptio durchgeführt.

Katamnese: Nach dem Schwangerschaftsabbruch gab die Patientin akustische Sensationen an. Es trat also keine Besserung des Krankheitsbildes ein. Die Krankheit verlief eigengesetzlich. Ein Jahr später (1968) zeigte sich eine Antriebsverminderung, ängstliche Agitiertheit und affektive Verarmung.

Epikrise:

Da der letzte Kaiserschnitt (1965) eine "Wochenbettpsychose" auslöste, die einen sehr schweren und irreversiblen Verlauf nahm, wurde der Antrag befürwortet. Jedoch konnte, wie aus der Katamnese zu erfahren ist, der Prozeß nicht aufgehalten werden. Es handelte sich bei Fall 17 um einen Mischtyp (schizophren unterlegte atypische Depression), deswegen verlief diese Erkrankung deletär.

2. 4. Epikritische Zusammenfassung der Patientinnen mit endogenen Psychosen und Schwangerschaft

Die Fälle 8, 1o, 14 und 15: Anträge wurden abgelehnt.

Bei Fall 8 und 1o ist jeweils eine Gestationspsychose aufgetreten, jedoch sie lag bei der Begutachtung schon 1o bzw. 8 Jahre zurück. Außerdem sind bei Fall 8 und bei Fall 1o zwei Schwangerschaften einige Jahre nach der Gestations-

psychose komplikationslos verlaufen, und somit war kein Grund vorhanden, die Schwangerschaft abzubrechen.
Im Fall 14 war kein zeitlicher Zusammenhang der Gestation und der Schwangerschaft erkennbar, und damit war eine Interruptio nicht gerechtfertigt.
Bei Fall 15 sind zwar die Schübe im zeitlichen Zusammenhang mit der Schwangerschaft zu sehen, jedoch erfolgte jedesmal eine Vollremission, so daß auch jetzt nicht mit einem ungünstigen Verlauf der Erkrankung während der Schwangerschaft gerechnet werden mußte.

Die Anträge von Fall 7, 9, 11, 12, 13, 16,und 17 wurden befürwortet.
Die Fälle 7, 9 und 17 hatten jeweils eine Gestationspsychose, die aber einen schweren Verlauf nahm.

Fall 7 therapieresistenter katatoner Schub, Ausbildung eines Defektsyndroms,

Fall 9 paranoid-halluzinatorische "Wochenbettpsychose" (6 Wochen Klinikaufenthalt und anschließend ambulante Weiterbehandlung (5oo mg Taxilan/die), Ausbildung eines Defektsyndroms,

Fall 17 atypische Depression im Wochenbett (Klinikaufenthalt einige Monate), Ausbildung eines schizophrenen Defektsyndroms.

Die akute Symptomatik lag weniger als 1 Jahr (Fall 9), ca.

1 Jahr (Fall 7) bzw. weniger als 2 Jahre (Fall 17) zurück. Um eine weitere Verschlimmerung durch die Austragung der Schwangerschaft zu verhüten, ist der Antrag befürwortet worden.

Bei den Fällen 11, 12 und 16 sind mehrere Schübe im Verlauf der Gestation aufgetreten. Im Fall 11 sind zweimal, im Fall 12 viermal und im Fall 16 dreimal psychotische Schübe während der Gestation manifest geworden. Damit ist ein ausreichender Grund zur Befürwortung des Antrages vorhanden gewesen.

Fall 13 bildete eine Ausnahme. Die Patientin war ledig, selbstunsicher und hatte die Tendenz auf äußere Einflüsse konflikthaft zu reagieren. Nach einem Wohnungswechsel manifestierte sich ein schweres, progredient verlaufendes schizophrenes Bild mit tiefgreifender Persönlichkeitsveränderung. Es schien, daß sie auch die Schwangerschaft krankhaft verarbeitete. Um eine weitere Destruktion zu vermeiden, wurde auch hier befürwortet.

2. 5. Reaktive Depression und Schwangerschaft und Suizidalität (bei reaktiver Depression)

2. 5. 1. Literaturübersicht:

Fast jede Frau, die zum ersten Mal schwanger wird, ist in der ersten Zeit der Schwangerschaft reaktiv verstimmt. Erst eine allmähliche Adaptation an das "Fremdartige" in ihrem Körper führt zu einer Normalisierung ihres Verhaltens. Anders verhält es sich bei den Frauen, deren depressive Verstimmung nicht durch das "Fremdartige" allein begründet werden kann, sondern auch durch andere Faktoren. Zu erwähnen sind hier die materielle Not, der soziale Mißstand, die Furcht vor evtl. Diffamierungen durch Familie und Umwelt bei unehelicher oder extramatrimonelle Schwängerung, Angst vor mißgebildetem Kind, die Abneigung, eine aufgezwungene Schwangerschaft auszutragen.

Suizid: In solchen Fällen kann es zu einer tiefgreifenden depressiven Reaktion kommen mit einer ernstzunehmenden Suizidgefahr (MENDE, 1968). Die Selbstmordgefahr der jugendlichen Patientinnen kann sogar das Suizidrisiko bei endogener Depression bei weitem übersteigen (MENDE, 1968). Auch kann das Ereignis "Schwangerschaft", wie schon bei Fall 13 der endogenen Psychosen erwähnt, überschießend reaktiv verarbeitet werden, so daß daraus ein psychischer Dauerschaden resultiert (MUTH und ENGELHARDT, 1964). Normalerweise ist die reaktive Depression nicht mit einer großen Selbstmord-

gefahr behaftet. Die Selbstmordversuche sind oft nur demonstrativ und nicht genügend geplant, auf "Mißlingen aus" (EWALD, 1954). Es muß aber immer damit gerechnet werden, daß es zu abrupten, nicht mehr zu verhindernden Selbstmorden kommen kann (EWALD, 1954). Besonders disponiert sind die affektlabilen, selbstunsicheren und immaturen Frauen (Fall 13 und 22). BINDER hat nachweisen können, daß von 418 unehelichen Graviden 5 % Selbstmordversuche durchführten und 17 % Selbstmordgedanken hatten. Verheiratete Frauen begehen nur selten, wie schon einführend erwähnt, einen Selbstmordversuch in der Schwangerschaft. Bei Selbstmordäußerungen empfehlen DEGKWITZ, K.KOLLE und MÜLLER-HEGEMANN eine zeitweilige Behandlung in einer geschlossenen Abteilung. MENDE befürwortet nicht grundsätzlich eine Internierung. Er befürchtet eine weitere Belastung durch das einschneidende Erlebnis "Nervenheilanstalt". Die reaktive Depression ist nach Meinung von EWALD oft schwer zu behandeln, da eine "große Liebe" zur Neurose besteht.

Indikation zum Schwangerschaftsabbruch:

Im allgemeinen stellt die reaktive Depression keinen Indikationsgrund dar (BINDER, 1951, LEFERENZ, 1952, EWALD, 1954, STOLTENHOFF, 1955, MENDE, 1968, W., M., und S. SCHULTE, 1969). Nur ausnahmsweise, bei tiefgreifender Depression mit Suizidalität, wird eine Indikation in Erwägung gezogen. RIEPENHAUSEN

befürwortet den Antrag nicht, wenn die Krankheit endogen gefärbt ist. H. SCHNEIDER stellt die Indikation weit. Bei präklimakterischen Patienten kann es durch die unerwartete Schwangerschaft (Fall 18, 19) zu einer "Erschöpfungsdepression" kommen, die manchmal die Gefahr in sich birgt, einen chronischen Verlauf zu nehmen und somit auch zu einem chronischen Defektzustand (Dekompensation) führen kann. MENDE befürwortet die Interruptio in so gelagerten Fällen.

Zusammenfassung: im allgemeinen stellt die reaktive Depression keinen Grund zur therapeutischen Abtreibung dar. Nur bei tiefgreifender Depression mit Suizidalität und Tendenz zur konflikthaften Verarbeitung der Schwangerschaft, sollte ein Schwangerschaftsabbruch erwogen werden und wenn erwiesen, daß frühere Schwangerschaften einen ungünstigen Einfluß auf die Neurose hatten.

Dazu die Fälle 18 bis 23

2. 5. 2.

Fall 18

Gutachten vom 11.4.1967 Krankenblatt Nr. 67/627

Frau E.W.

Die Patientin ist 43 Jahre alt, rk., verh. (1955), Hausfrau, Ehemann Winzer.

Fam.A.: mütterlicherseits mehrere Fälle von Depressionen, Onkel Selbstmord.

Gyn.A.: 3 Schwangerschaften, 4 Geburten (2. Schwangerschaft Gemini), Mens III.

In der ersten Schwangerschaft traten Übelkeit, Erbrechen und

allgemeine Schwäche auf. Im letzten Monat der zweiten Schwangerschaft mußte die Patientin "die Nächte sitzend oder kniend verbringen", da erhebliche Dyspnoe und Erstickungsangst bestand. In der Zeit nahm Frau W. wenig Nahrung zu sich (Geburt von Zwillingen). Während der dritten Schwangerschaft und nach der Entbindung äußerte die Patientin starke körperliche Beschwerden und Sterbensangst. Seit dieser Zeit hat sich die Patientin psychisch verändert.

Jetzt befindet sich Frau W. im Mens III. Sie gibt an, seit ca. 2 Monaten nicht mehr schlafen zu können. Außerdem treten öfter Schwindelattacken und Übelkeit auf. Die Patientin ist stark depressiv verstimmt, z.B. äußert sie: "Ich will sterben; es hat keinen Wert mehr für mich; mir ist alles egal; lieber will ich 2o Tabletten nehmen!"

Befund:

neurologisch: zeitweise leichter Ruhetremor, Gang schleppend, schwerfällig,

psychisch: mangelhaft kontaktfähig, gehemmt, gequält und agitiert, "bricht leicht in Tränen aus", erhebliche Suizidalität.

Stellungnahme zum SA-Antrag: befürwortet. Die früheren "Schwangerschaftspsychosen" führten noch nicht zu einer Dekompensation, bei der bestehenden Schwangerschaft ist jedoch eine Dekompensation durchaus zu befürchten, zumal die Patientin schon 43 Jahre alt ist.

Katamnese: Die Patientin beruhigte sich zusehends unter der Psychotherapie und Medikation, so daß sie die Schwangerschaft nicht mehr ablehnte. Es wurde von der Saarländischen Ärztekammer der Schwangerschaftsabbruch abgelehnt. Die Patientin reagierte auf diesen Bescheid positiv.

Epikrise:

Bei Fall 18 konnte von einer tiefgreifenden Depression mit Selbstmordtendenzen gesprochen werden. Die drei durchgemachten Schwangerschaften wurden jedesmal von einer erheblichen Depression und von subjektiv-körperlichen Beschwerden begleitet. Auch in der letzten Schwangerschaft, die Patientin war 43 Jahre alt, gab sie Schlaflosigkeit, Übelkeit und Schwindelattacken an. Die Gefahr einer Dekompensation war auch ohne Rücksicht auf das Alter zu befürchten. Gerade der weitere Verlauf zeigte aber hier, wie vorsichtig die Indi-

kation zum Schwangerschaftsabbruch bei der reaktiven Depression zu stellen ist.

2. 5. 3.

Fall 19

Gutachten vom 12.9.1968 Krankenblatt Nr. 68/2146

Frau A.G. ist 47 Jahre alt, rk., verh. (1948), Hausfrau, Ehemann Rentner.

Fam.A.: Ehemann vor ca. 6 Jahren Herzinfarkt, 11-jähriger Sohn vor 8 Jahren schwerer Unfall.

Gyn.A.: 4 Kinder (die letzte Geburt vor 11 Jahren protrahiert verlaufen), seit 6 Jahren Scheidenplastik, Mens III.

Seit der letzten Entbindung (vor 11 Jahren) klagt die Patientin über Reduktion der Arbeitsfähigkeit und über Schlafstörungen. Diese Symptome haben sich seit einem schweren Unfall ihres jüngsten Kindes erheblich verschlimmert. Die Patientin mußte mit ansehen, wie ihr Junge in einen Kessel mit heißer Lauge fiel und erhebliche Brandwunden davontrug. Sie mache sich deswegen laufend Vorwürfe und glaube der Unfall sei von ihr allein verschuldet gewesen.

Jetzt befindet sich die Patientin im 3. Schwangerschaftsmonat. Sie fühlt sich der auf sie zukommenden zusätzlichen Belastung nicht mehr gewachsen, und aus diesem Grunde möchte sie "nicht mehr länger leben" und "ins Wasser gehen".

Befund:

psychisch: erhebliche Affektlabilität, Stimmung subdepressiv. Beim Themawechsel normalisiert sich der Affektzustand. Keine endogene Depression, kein Defektzustand, keine akute Suizidgefahr.

Stellungnahme zum SA-Antrag: abgelehnt. Die reaktive Depression wurde durch das Trauma ihres Kindes ausgelöst und jetzt "akzentuiert". Die Suizidgedanken sind nicht sicher einzuordnen, vielleicht mehr demonstrativen Charakters. Keine Gefahr für Leben und Gesundheit durch die Gravidität.

Epikrise:

Frau A.G. stand kurz vor dem Klimakterium (47 Jahre alt). Sie hatte 4 Kinder, das jüngste war 11 Jahre alt. Nun wurde sie unverhofft mit 47 Jahren zum fünften Mal schwanger. Ob-

wohl sie seit der letzten Geburt psychisch nicht mehr voll einsatzfähig war, Gefahr einer Chronifizierung des Leidens bestand sowie Selbstmordgefahr, zwar mehr demonstrativ, wurde der Antrag abgelehnt. Der Hauptgrund zu einem Schwangerschaftsabbruch lag aber mehr auf dem sozialen Sektor, und die psychische Alteration war nicht durch die bestehende Schwangerschaft ausgelöst worden, sondern durch den Unfall ihres Kindes.

2. 5. 4.

Fall 2o

Gutachten vom 9.1o.1967 Krankenblatt Nr. 67/2239

Frau I.B. ist 22 Jahre alt, verh., Hausfrau, Beruf des Ehemannes ? Konfession ?

Gyn.A.: 1 Partus, jetzt Mens III.

Patientin lebte einige Wochen getrennt von ihrem Mann. In dieser Zeit sei sie von "einem ihr bekannten Mann vergewaltigt" worden. Jetzt lebe sie wieder in ehelicher Gemeinschaft. Ihr Mann drohe, sich von ihr scheiden zu lassen, falls sie das "fremde Kind" zur Welt bringe. Sie droht, falls kein Abbruch der Schwangerschaft erfolge, sich das Leben zu nehmen, da sie die Kinder nicht allein versorgen kann.

Befund:

psychisch: reaktiv-depressive Verstimmung mit affektiver Inkontinenz, keine endogene Depression oder akute Selbstmordgefahr.

Stellungnahme zum SA-Antrag: abgelehnt, da keine medizinische Indikation besteht. Falls sich das depressive Verstimmungsbild verschlechtert, wird zeitweise Klinikunterbringung empfohlen.

Epikrise:

Bei Fall 2o handelte es sich um eine reaktive Verstimmung, die nicht so sehr durch die von ihr behauptete "Vergewaltigung" ausgelöst wurde, sondern eher durch die angedrohte Scheidung, falls das Kind ausgetragen werde. Nach Angaben

des Untersuchers war die Depression nicht so schwerwiegend, daß mit einer akuten Suizidgefahr gerechnet werden mußte. Die Suiziddrohung allein ist kein ausreichender Grund für einen Schwangerschaftsabbruch. Die Vergewaltigung stellt in der Bundesrepublik Deutschland keine Indikation dar. Es ist auch sehr fraglich, ob es sich hier um eine echte Vergewaltigung handelte.

2. 5. 5.

Fall 21

Gutachten vom 19.12.1968 Krankenblatt Nr. 68/2842

Frau M.M.

Frau M. ist 31 Jahre alt, rk., verh. (1958), Hausfrau, Ehemann Meßgehilfe.

Fam.A.: Ihr Urgroßvater und der Großvater ihres Mannes waren Halbbrüder (gemeinsamen Vater). Ältestes Kind (9 Jahre) schlechter Hilfsschüler, 2. Kind 6 Jahre nicht bildungsfähig, epileptische Anfälle, 3. Kind kann mit 4 Jahren noch nicht richtig gehen. Keines der Kinder kann sich selber anziehen oder ernähren (1. Kind Verdacht auf traumatische Hirnschädigung, 2. und 3. Kind vermutlich heredodegenerative Oligophrenie).

Gyn.A.: 3 Kinder, 1959 Zangengeburt, 1962 und 1964 Spontangeburt, Mens III/IV.

Jetzt befindet sich die Patientin im Mens III/IV. Sie glaubt die seelische Belastung, die durch ein weiteres krankes Kind auf sie zukomme, nicht ertragen zu können. Frau M. gibt an, daß ihr ein gesundes Kind willkommen sei. Suizidneigung wird nur angedeutet, u. zw. auf gezielte explorative Fragestellung.

Befund:

psychisch: unauffällig, Stimmung adäquat, schwach angedeutete Selbstmordgedanken.

Stellungnahme zum SA-Antrag: abgelehnt, da erbmedizinische Indikation gesetzlich nicht sanktioniert. Die psychische Alteration liegt im Normbereich. Falls das 4. Kind geistig geschädigt und bei der Mutter reaktiv depressive Verstimmungszustände manifest werden, sollte eine temporäre stationäre Behandlung erfolgen.

Epikrise:

Da bei Frau M. der vorwiegende Antragsgrund erbmedizinischen Charakter hatte, die psychische Situation subnormal war, bestand kein medizinischer Indikationsgrund zum Schwangerschaftsabbruch.

2. 5. 6.

Fall 22

Gutachten vom 2.8.1971 Krankenblatt Nr. 71/86

Fräulein U.B. ist 19 Jahre alt, evgl., ledig, Kontoristin, Vater Betriebsleiter.

Gyn.A.: ø Kinder, ø Aborte, Mens III.

Fräulein B. ist seit November 197o mit einem jungen Mann befreundet. Zu intimen Beziehungen kam es Anfang des Jahres 1971. Die letzte Periode war am 24.3.1971. Am 3o.4.1971, d. h. ca. 2o-25 Tage nach Konzeption, trat ein kleinfleckiges Exanthem auf, das sich vom retroaurikulären Gebiet zum Gesicht, Rumpf und Extremitäten hin ausbreitete (Rubeolen). Es wurde deswegen von gynäkologischer Seite her eine Interruptio empfohlen. Die Patientin befindet sich jetzt im Mens III. Sie ist sehr verzweifelt, da mit großer Wahrscheinlichkeit das Kind mißgebildet zur Welt komme. Außerdem sei sie sehr religiös erzogen worden und habe große Angst vor dem Vater, der bis jetzt noch nichts von der bestehenden Schwangerschaft wisse. Auch könne sie nicht mit einer finanziellen Unterstützung rechnen. Sie sei nun sehr verzweifelt. Fräulein B. äußert mehrmals glaubhaft und ernstzunehmende Suizidgedanken.

Befund:

psychisch: tiefgreifende reaktiv-depressive Verstimmung mit ernstzunehmender Suizidtendenz.

Stellungnahme zum SA-Antrag: befürwortet. Patientin ist ledig, es besteht eine soziale Notsituation, erhebliche Schuldgefühle und tiefgreifende Verstimmung mit Selbstmordrisiko, die auch nach Austragung der Schwangerschaft weiter beständen. Deswegen scheint die Internierung nicht das geeignete Mittel zu sein. Um die erhebliche Gefahr für Körper und Gesundheit abzuwenden, ist die Interruptio geboten.

Epikrise:

Fräulein B. war 19 Jahre alt. Bei ihr bestand eine tiefgreifende reaktiv-depressive Verstimmung. Die Patientin äußerte mehrmals und ernsthaft Selbstmordgedanken, da sie Angst vor einem mißgebildeten Kind hatte und zu Hause eine Diffamierung sicher war. Wie schon bei Fall 13 erwähnt, muß die Gefahr für Leib und Leben bei den selbstunsicheren, noch unreifen schwangeren Frauen als groß angenommen werden. Durch eine Internierung wäre die Ursache nicht behoben, ja sogar eine neue Konfliktsituation geschaffen worden. So blieb als einziger therapeutischer Ausweg die medizinische Indikation zum Schwangerschaftsabbruch.

2. 5. 7.

Fall 23

Gutachten vom 1o.5.1971 Krankenblatt Nr. 71/58

Frau G.A. ist 28 Jahre alt, rk., verh. (1963), Hausfrau, Ehemann Techniker.

Gyn.A.: 1 Partus 1964, Mens 1 1/2.

Bei Frau A. erfolgte kurz vor der zu erwartenden Menstruation eine Röntgenbestrahlung (Magendarmpassage und Gallenblasendarstellung). Die Regelblutung blieb jedoch aus. Es wurde eine Schwangerschaft festgestellt. Da Frau A. erhebliche Angst vor einer durch Röntgenstrahlen bedingte Fruchtschädigung hat, konsultierte sie ihren Hausarzt und den Röntgenarzt, die ihre Befürchtungen bestätigten. Seitdem ist die Patientin sehr nervös, sie leidet unter Schlafstörungen und wird laufend von der Vorstellung gequält, daß sie ein mißgebildetes Kind austragen müsse. Sie berichtet, daß sie es sich kaum vorstellen kann, dieser Belastung neun Monate standzuhalten.

Befund:

psychisch: unauffällig, keine Zeichen für Suizidalität oder endogene Depression. Patientin wirkt leicht depressiv verstimmt.

Stellungnahme zum SA-Antrag: abgelehnt. Aufgrund der schweren seelischen Belastung ist jedoch eine Suizidgefahr nicht

auszuschließen. Erbmedizinische Indikation ist nicht erlaubt.

Epikrise:
Unsere letzte Patientin war in der Frühschwangerschaft einer abdominalen Röntgenbestrahlung ausgesetzt. Es handelt sich hier mehr oder weniger um eine iatrogen ausgelöste leichte reaktive Depression. Die Gefahr einer evtl. Mißbildung des Embryos bei einer so kleinen Bestrahlungsdosis, ist als gering anzusehen. Außerdem ist die erbmedizinische Indikation in der Bundesrepublik Deutschland nicht erlaubt.

2. 6. Epikritische Zusammenfassung der Patientinnen mit reaktiver Depression und Schwangerschaft

Abgelehnt wurden die Anträge von Fall 19, 2o, 21 und 23. Bei den Fälle 2o, 21 und 23 stellten die Hauptgründe bei der Antragstellung: mögliche Mißbildung durch Röntgenbestrahlung (Fall 23), mögliche Erbschäden (Fall 21) und "Vergewaltigung" (Fall 2o) dar. Die psychische Situation war jeweils normal bis leicht depressiv. Da in der Bundesrepublik Deutschland keine erbmedizinische bzw. juristische (ethische) Indikation zum Schwangerschaftsabbruch erlaubt ist und die seelische Lage nicht deletär war, ist abgelehnt worden.

Frau G. (Fall 19) wurde mit 47 Jahren zum fünften Male schwanger. Die Stimmung war subdepressiv, beim Themawechsel während der Exploration normalisierte sich die Affektlage

wieder. Die reaktive Depression ist durch ein Trauma ihres jüngsten Kindes ausgelöst und durch die bestehende Schwangerschaft akzentuiert worden. Der psychische Zustand der Patientin war subnormal, das reicht aber für eine medizinische Indikation zum Schwangerschaftsabbruch nicht aus.
Befürwortet wurden die Anträge der Fälle 18 und 22.
Beide Patientinnen hatten tiefgreifende Depressionen, und es bestand eine erhebliche Selbstmordgefahr.
Fall 18 hatte schon 3 "Schwangerschaftspsychosen" durchgemacht. Da in der bestehenden Schwangerschaft ebenfalls eine tiefgreifende Depression auftrat, bestand eine medizinische Indikation zum Schwangerschaftsabbruch.
Bei Fall 22 trat eine uneheliche Schwangerschaft ein, und zusätzlich erfolgte in der Frühschwangerschaft eine Rubeoleninfektion. Das führte bei der streng religiös erzogenen Patientin zu einer erheblichen depressiven Verstimmung mit ernstzunehmenden Suizidgedanken. Die Selbstmordgefahr war bei der zu erwartenden Mißbildung des Kindes auch nach der Entbindung voraussichtlich noch vorhanden (evtl. erweiterter Selbstmord!). Um die ernste Gefahr für Leben und Gesundheit abzuwenden, wurde der Antrag befürwortet.

3. Suizidalität und Schwangerschaft

3. 1. Literaturübersicht:

Nach den Entscheidungen des Reichsgerichts (RGSt 61, 242) und des Bundesgerichtshofes (BGHSt I 3, 7) ist eine schwere Selbstmordgefahr eine ausreichende Grundlage für eine medizinische Indikation zum Schwangerschaftsabbruch (RIEPENHAUSEN, 1955, SCHWARZ, 1958). Jedoch wäre ein Eingriff nicht zu rechtfertigen, wenn nicht eine eingehende und gewissenhafte Prüfung vorausgegangen ist und andere Therapiemöglichkeiten den gleichen Zweck erreichen könnten, z.B. eine passagere Internierung der Patientin in einer geschlossenen Abteilung oder ein eingehendes psychotherapeutisches Gespräch. Wenn der Erhalt des höherwertigen Rechtsgutes ohne Aufopferung des minderwertigen möglich ist, also, wenn eine Alternative besteht, würde der Tatbestand des Verbotsirrtums vorliegen, der nicht vor Strafe schützt (zit. nach BGHSt 13, 7). MENDE erwähnt, daß bei ca. 5o % der Frauen als Antragsgrund zum Schwangerschaftsabbruch das Suizidrisiko vorgeschoben wird. ZWAHLEN (1966) spricht von einer "Verlegenheitsbegründung, wegen fehlender medizinischer Belange". Der künstliche Abort sei keine Präventivmaßnahme gegen einen Suizid (EHRHARDT und VILLINGER, 1961). Die Selbstmordgefahr wird häufig überschätzt (ZWAHLEN, 1966). Viele Autoren sind der Auffassung, daß gerade während der Schwanger-

gerschaft das Selbstmordrisiko bei verheirateten Frauen als sehr gering anzusehen ist. BARNO (1967) zeigt anhand eines Vergleichs der begangenen Suizide in und außerhalb der Gravidität, daß die Schwangerschaft auch in dieser Richtung stabilisierend wirkt (o - o.2/1oo ooo Bevölkerung in der Gravidität und normal 3.1 - 5.2/1oo ooo Bevölkerung). Bei der reaktiven Depression werde nur selten ein Selbstmord registriert, und wenn ein Selbstmordversuch unternommen werde, so sei er meistens auf Mißlingen angelegt. Er stelle einen schwächlichen Versuch dar und habe einen eher demonstrativen Charakter (EWALD, 1954, MÜLLER-HEGEMANN, 1958, MIKULICZ-RADECKI, 1959). Jedoch sei eine reaktive Depression grundsätzlich eine ernstzunehmende Suizidgefahr (RIEPENHAUSEN, 1955, DEGKWITZ, 1968, MENDE, 1968).

Indikation zum Schwangerschaftsabbruch:

Wenn eine Psychotherapie, eine Stationierung keine Besserung des psychischen Zustandes bewirken, so ist eine Interruptio zu erwägen (RIEPENHAUSEN, 1955, SCHWARZ, 1958). Manche Autoren setzen sich grundwegs für eine Internierung ein. GLAUS (1948), EWALD (1954), RIEPENHAUSEN (1955), MÜLLER-HEGEMANN (1958) und andere sehen in der Behandlung der reaktiv verstimmten Patientinnen mit Suizidtendenz auf einer geschlossenen Abteilung eine neue psychische Belastung der Patientin (BINDER, 1951, SCHWARZ, 1951, EHRHARDT und VILLINGER, 1961, MUTH und ENGELHARDT, 1964, MENDE, 1968). Sehr oft reicht ein kurzes intensives Gespräch mit der Patientin

aus, um sie wieder kompensiert nach Hause zu entlassen (SCHNEIDER, 1943).

Zusammenfassung: Im allgemeinen stellt die Suizidalität alleine keine Indikation dar. Nur, wenn eine erhebliche reaktive Verstimmung mit großer Suizidgefahr besteht oder, wenn eine Psychotherapie und Stationierung der Patientin keine Besserung bewirkt oder, wie in unserem Fall 22, mit einem Fortbestehen der Selbstmordgefahr auch nach der Entbindung zu rechnen ist, sollte ein Schwangerschaftsabbruch erwogen werden.

Dazu die Tabelle 13

Suizidalität	Anzahl d. Anträge	befürwortet
Selbstmordversuche	4	3
Selbstmordabsichten, -tendenzen und Lebensüberdruß	6	3
Demonstrative Drohungen, mögliche Suizidalität	4	1
keine Suizidalität	9	5

Bei 3 Antragstellerinnen waren in der Familie nachweislich Selbstmordversuche bzw. Selbstmorde erfolgt. Von den 3 Anträgen wurden 2 befürwortet.

Bei den neurologischen Fällen konnte keine Suizidalität

festgestellt werden, sie sind in der Zeile "keine Suizidalität" eingegliedert. Nach Eliminierung der 6 neurologisch erkrankten Patientinnen, bleiben 3 psychiatrische Fälle, bei denen keinerlei Selbstmordgefahr durch die Exploration in Erfahrung gebracht werden konnte. Unter diesen 3 Patientinnen befindet sich Fall 11 mit zwei schizophrenen Schüben in der postpartalen Zeit und Fall 9 mit einer therapieresistenten post partalen Psychose.
Ihre Anträge wurden befürwortet. Von den psychiatrisch Kranken hatten schon 4 einen Selbstmordversuch begangen, bei 6 bestand eine Neigung zum Selbstmord, und bei 7 war die Suizidgefahr gering oder nicht vorhanden. Es ist eine deutliche Korrelation zwischen der Suizidalität und den befürworteten Anträgenzu erkennen.

4. 1. Psychische Belastung durch die Schwangerschaft

Tabelle 14

Psychische Belastung	Anzahl d. Anträge	befürwortet
schwere psychische Belastung	11	8
leichte psychische Belastung	11	4
keine bis unerhebliche psychische Belastung	1	1

Bei dem Fall, der unerheblich psychisch verändert ist, handelt es sich um Fall 2 (Medulloblastom).

Auch in Tabelle 14 ist eine Korrelation psychischer Belastungsmomente und der positiven Stellungnahme zum Schwangerschaftsabbruchantrag zu erkennen.

4. 2. Neurologisch-psychiatrische Schwangerschaftskomplikationen

Tabelle 15

	Anzahl d. Anträge	befürw.
frühere ohne jetzige Schwangerschaftskomplikationen	4	2
frühere und jetzige Schwangerschaftskomplikationen	7	6
jetzige ohne frühere Schwangerschaftskomplikationen	6	4
keine Schwangerschaftskomplikationen	4	o
kontinuierlicher Verlauf	2	1

Unter den Antragstellerinnen befanden sich 11 Patientinnen mit früheren Schwangerschaftskomplikationen, davon hatten 7 wieder Komplikationen in der bestehenden Schwangerschaft. Am ehesten konnten die Frauen mit einem positiven Bescheid rechnen, wenn sie in früheren Schwangerschaften und in der bestehenden Schwangerschaft Komplikationen hatten; von 7 Anträgen wurden 6 befürwortet. Darauf folgen die Patientinnen,

die nur in der bestehenden Schwangerschaft eine Komplikation hatten (4 von 6 Anträge befürwortet), dann die Frauen, bei denen nur in früheren Schwangerschaften eine Komplikation aufgetreten ist und eine erneute Psychose befürchtet wurde. Die Frauen, bei denen kein zeitlicher Zusammenhang der Gestation und der Psychose erkannt werden konnte, bekamenalle einen negativen Bescheid.

4. 3. Anzahl der neurologisch-psychiatrischen Komplikationen (Schübe, Phasen)

Tabelle 16

Anzahl der neurologisch-psychiatr. Komplikationen	Anzahl d.Anträge	befürw.
o	1	o
1	3	1
2	5	3
3	5	4
4	3	2
5	1	1
6	o	o
7	3	1
8	o	o
9	o	o
1o	1	o
11	1	1

19 Frauen hatten mehr als einen reaktiven, psychotischen oder neurologischen Schub durchgemacht, 14 mehr als 2, 9 mehr als 3, 6 mehr als 4 und sogar 5 mehr als 6 Schübe durchgemacht. Bei der Begutachtung läßt sich aber keine Korrelation zur Zahl der Schübe nachweisen.

4. 4. Einfluß der Anzahl der Schwangerschaftskomplikationen auf die Begutachtung

Tabelle 17

a) Anzahl d. Schwangerschafts-komplikationen einschl. bestehender	Anzahl d. Anträge	befürw.
o	4	o
1	11	6
2	6	5
3	o	o
4	1	1
5	1	1

Bei 8 Patientinnen sind schon mindestens 2 Schwangerschaftskomplikationen bekannt. 2 Patientinnen haben mehr als 2 Schwangerschaftskomplikationen erlebt.

b) Anzahl d. Schwangerschafts-komplikationen außer der bestehenden	Anzahl d. Anträge	befürw.
o	lo	4
1	lo	6
2	1	1
3	1	1
4	1	1

Aus den beiden Tabellen 17 a und b ist erkennbar, daß eine Korrelation der Begutachtung zur Anzahl der Schwangerschaftskomplikationen besteht. Je mehr Schwangerschaftskomplikationen nachweisbar waren, um so eher wurde der Antrag befürwortet. Bei 2 Gestationspsychosen wurde fast durchweg der Antrag befürwortet.

5. Erbmedizinische (eugenische) Indikation

5. 1. Literaturübersicht:

Besonders in der letzten Zeit herrscht in der breiten Öffentlichkeit eine enorme Furcht vor evtl. Erbschäden, die durch die Contergan-(Thalidomid)Katastrophe der letzten Jahre akzentuiert wurde (MENDE, 1968, HIRSCHMANN, 1968). Das Contergan, besonders, wenn es in der Frühgravidität eingenommen wurde (zwischen dem 25. und 44. Tag),führte u. a. zu erheblichen Hypoplasien der Extremitäten (Dysmelien und besonders charakteristisch: Phokomelien) (KELLER und WISKOTT, 1966).

Inwieweit die erbmedizinisch mitdeterminierten Antragsgründe berechtigt oder unberechtigt sind, wird anhand der einschlägigen Literatur beleuchtet.

Als Ursachen einer möglichen Mißbildung oder Embryopathie kommen in Frage:

1. Vererbung,
2. Strahlenschäden (Röntgenstrahlen, Radium, Fall out durch Atombombenversuche),
3. chemische Faktoren (Fermentgifte, Chinin, Schwangerschaftstoxikosen,
4. Sauerstoffmangel,
5. mechanische Faktoren (Abtreibungsversuche, Nidations-

störungen etc.),

6. Gebäralter der Mutter, mangelnde Geschlechtsreife der Mutter,
7. endokrine Faktoren,
8. Mangelernährung, Vitaminmangel,
9. Infektionen (Viren) (SCHUBERT, 1959, TRAUTMANN und KRAFT, 1961).

Der Embryo besitzt durch das Chorionepithel einen Schutzwall nach außen (chemische Individualität) (TÖNDURY, 1962) und blockiert dadurch den Übertritt mancher schädlicher Stoffe. Jedoch Viren, Antikörper und manche Gifte, Pharmaka, Hormone und Vitamine z.B., werden durch diese Barriere nicht aufgehalten und gelangen in wenigen Minuten in den embryonalen bzw. fötalen Kreislauf (HOTTINGER, 1963).
In den ersten Lebenswochen ist der menschliche Körper noch nicht in der Lage, auf einen toxischen Reiz hin mit einer entzündlichen Reaktion zu antworten. So muß sich die Organzelle direkt mit dem Fremdkörper auseinandersetzen (BICKENBACH, 1955). Am empfindlichsten reagieren die Organzellen, die sich gerade determinieren. Es kommt zu einem nekrotischen Prozeß, zu Blutungen ins Gewebe (Diapedesblutungen) und zur Riesenzellbildung (VEST, 1964) an den in der Determinationsphase befindlichen Organen. Nach Beseitigung des Agens wird das zerstörte Gewebe nur unvollkommen substituiert.

Es kommt zu einer Defektheilung (BICKENBACH, 1955) oder zu einem Absterben der Frucht. Die Kyemsterblichkeit (von PFAUNDLER geprägter Terminus als Oberbegriff für die gesamte intra uterine Entwicklungszeit des Menschen) ist besonders in dieser sensitiven Entwicklungsphase sehr hoch (KELLER und WICKOTT, 1966). Die Embryopathien enden häufig in Abort oder Totgeburt (HOTTINGER, 1962). HAMPERL (1968) glaubt sogar, daß die Hälfte der Früchte abstirbt.
Die Art der Mißbildung hängt nicht so sehr von der Noxe ab, sondern hauptsächlich von der jeweiligen Schwangerschaftsphase, in welcher die Invasion erfolgt. Es wird das Organ am meisten beschädigt, in dessen Determinationszeit das toxische Agens den Embryo trifft (BICKENBACH, 1955). BOURQUIN hat zur diesbezüglichen Orientierung einen Stundenplan aufgestellt.Danach hat das Gehirn seine Determinationsphase zwischen der 1 1/2. und 11. Lebenswoche, das Auge und Herz zwischen der 2 1/2. und 7. Lebenswoche, die Extremitäten zwischen der 3. und 8., die Zähne zwischen der 5. und lo. Woche, das Ohr zwischen der 6. und 12. und der Bauch zwischen der 7 1/2. und 8. Lebenswoche (zit. nach BICKENBACH).

5. 1. 1. Psychopharmaka und Fruchtschädigung

Literatur:

Die Veröffentlichungen über Psychopharmakaeffekte auf den

Embryo sind noch sehr spärlich. v. KOBYLETZKI berichtet über einige Literaturfälle, bei denen keine oder eine nur leichte Erhöhung der Mißbildungsrate festgestellt wurde (3,1 % gegenüber normal 2 - 2,5 %), wenn die Mutter während der Frühschwangerschaft Psychopharmaka genommen hatte. Nur eine verminderte Reaktionsbereitschaft und eine Trinkschwäche wurden am Neugeborenen bemerkt. Auch wurde von HILL et al. nach Gaben von Chlorpromazin und Thioridazil an eine schwangere schizophrene Patientin ein extrapyramidales Syndrom bei den Kindern festgestellt. Hierbei wurde aber eine familiäre Disposition angenommen (zit. nach KOBYLETZKI, 1968). Allgemein wird geraten, besonders während der Frühschwangerschaft, mit der Medikation zurückhaltend zu sein (H.-H. MEYER, 1953, KOBYLETZKI, 1968), da mögliche Fruchtschäden nicht auszuschließen sind. Nach einer neueren australischen Veröffentlichung soll Tofranil eine fruchtschädigende Wirkung besitzen. Bei manifester schwerer Erkrankung der werdenden Mutter sollte aber nicht auf Chemotherapeutika verzichtet werden.

5. 1. 2.

Fall 13 unserer Kasuistik kann also beruhigt werden. Es besteht keine größere Gefahr einer Fruchtschädigung durch die neuroleptische Therapie.

5. 2. 1. Epilepsie, Vererbung und Fruchtschädigung

Literatur:

a) Vererbung

Aus der Tabelle 18 kann die jeweilige Wahrscheinlichkeit der Vererbung eines Erbleidens ersehen werden.

Tabelle 18: Vererbungswahrscheinlichkeit einiger Nervenleiden

1. Erkrankung d. Eltern an Schizophrenie	Vererbungswahrscheinlichkeit
1 Elternteil schizophren	16,4 % (STOLTENHOFF, 1955) schizophren,
	4,1 % (MUTH u. ENGELHARDT, 1964) schizophren,
	8,8 % (MUTH u. ENGELHARDT, 1964) schizoid,
2 Eltern schizophren	45,o % (STOLTENHOFF, 1955), schizophren,
	12,o % (MUTH u. ENGELHARDT, 1964) schizophren,
	bis 7o,o % (MENDE, 1968) abhängig v. Form schizophren,
	2o,o % (MUTH u. ENGELHARDT) schizoid,
2. Erkrankung d. Eltern an Epilepsie	**Vererbungswahrscheinlichkeit**
o Eltern Epilepsie	o,3-o,5 % (MENDE, 1968) nur Krampfbereitschaft,
1 Elternteil Epilepsie	3,o-5,o % (MENDE, 1968) nur Krampfbereitschaft,
	1o % (STOLTENHOFF, 1955) Epilepsie,
2 Eltern Epilepsie	5o % (STOLTENHOFF, 1955) Epilepsie,
	25 % (MENDE, 1968) nur Krampfbereitschaft,

3. Erkrankung d. Eltern an einer manisch-depressiven Psychose	Vererbungswahrscheinlichkeit
1 Elternteil MDPs	5o % (SCHNEIDER, 1949/5o) MDPs
	25 % (STOLTENHOFF, 1955) "
	24,4 % (LUXENBURGER, 1942) " zit. nach MENDE
	15 % (ELSÄSSER, 1952) " zit. nach MENDE
2 Eltern "	1oo % (SCHNEIDER, 1949/5o) "
	5o % (ELSÄSSER, 1952) " zit. nach MENDE
	9o-1oo % (STOLTENHOFF, 1955) "
	66,7 % (DEGKWITZ, 1964) "

4. Erkrankung der Eltern an Schwachsinn	Vererbungswahrscheinlichkeit
1 Elternteil Schwachsinn	25-35 % (BRUGGER, 1936) Schwachsinn, zit. nach MENDE
2 Eltern Schwachsinn	66,7 % (BRUGGER) Schwachsinn, zit. nach MENDE

Eine Epileptikerin kann also mit einer Wahrscheinlichkeit von o,3 - 1o % rechnen, daß sie ein erbgeschädigtes Kind zur Welt bringt. Hierbei kann folglich nicht von einer Wahrscheinlichkeit im Sinne der Begutachtungspraxis gesprochen werden (Wahrscheinlichkeit = 5o %, große Wahrscheinlichkeit = 8o %, größte Wahrscheinlichkeit = 9o % und eine an Sicherheit grenzende Wahrscheinlichkeit = 99,8 %) (BERG, 1968)).

b) Fruchtschäden durch Anoxie der Schwangeren

Die Möglichkeit von Mißbildungen, bedingt durch partielle oder totale Anoxie bei epileptischen Anfällen der Schwangeren, wird mit 9 - 15 % angegeben (HIRSCHMANN, 1968). Jedoch kann

dieses Risiko durch eine optimale Antikonvulsivtherapie auf ein Minimum gesenkt werden.

c) Fruchtschäden durch die Antikonvulsivtherapie der Schwangeren

Die Gefahr evtl. Embryopathien durch die Antikonvulsivtherapie der Graviden (wie z.B. Barbiturate, Hydantoine, Succinimide) zu bewirken, kann als gering bezeichnet werden (1,4 % bei normal 1,o1 - 5,3 %). Aborte und Totgeburten werden unter dieser Therapie mit 13,6 % (12,2 % nach JANZ und FUCHS, 1964) und bei normalen mit 9 - 15 % (STOECKEL) angegeben (HIRSCHMANN, 1968). Das Arzneimittel gelange zwar in den kindlichen Kreislauf, aber führe nicht zu nachweisbaren teratogenen Schädigungen (v.KOBYLETZKI, 1968). Bei sehr hoher Dosierung könne es beim Kind zu Schlafsucht, Coma und zur Atemdepression kommen (HOTTINGER, 1963). JANZ und FUCHS wiesen nach, daß bei antikonvulsiver Therapie nur 2,2 % Mißbildungen auftraten. Die Therapie mit Antiepileptika sei immer noch besser, als eine Anoxie des Anfalls (v.KOBYLETZKI, 1968). Auch KELLER, WISKOTT und MENDE sind der Ansicht, daß durch die physikalische und pharmakologische Therapie keine Fruchtschädigung hervorgerufen werde.

5. 2. 2. Fall 1 braucht keine Sorge zu haben, daß sein Leiden vererbt wird. Die Wahrscheinlichkeit einer Vererbung

ist maximal 1o %.

Fall 1 und Fall 4: Die Gefahr einer Fruchtschädigung durch die Antikonvulsivtherapie ist als gering anzusehen. Sie liegt im Normbereich.

5. 3. 1. Zytostatika und Fruchtschädigung

Literatur:

Es gibt nur wenige Beobachtungen in der Literatur über den Einfluß von Zytostatika auf die Frucht. Es handelt sich hauptsächlich um Tier- oder Einzelbeobachtungen, so daß daraus keine allgemein gültigen Schlüsse gezogen werden können.

SOKAL und LESSMANN (196o) haben sich eingehend mit der Frage befaßt, ob bei zytostatischer Therapie der Graviden eine Mißbildung des Kindes zu erwarten ist. Sie warnten vor der Annahme, daß Ergebnisse, die aus Tierexperimenten gewonnen wurden, ohne weiteres auf den Menschen projiziert werden können. Zytostatika führten meistens zu Aborten oder Totgeburten oder riefen bei den überlebenden Tierföten Mißbildungen hervor. Das Aminopterin, ein Antimetabolit, setze bei der Ratte nur geringe Mißbildungen (im Gegensatz zu Azaserin (MURPHY et al.)), wogegen dieses Zytostatikum beim Menschen einen Abort oder eine ausgeprägte Mißbildung bewirke (WARKANY et al., 1959). Außerdem soll die sensitive

Periode der tierischen Gewebe im zweiten Drittel der Schwangerschaft liegen. Anhand von 5o Fällen aus der Literatur konnten SOKAL und LESSMANN ermitteln, daß beim Menschen dann Mißbildungen zu verzeichnen waren, wenn die werdende Mutter in dem ersten Schwangerschaftstrimenon Zytostatika eingenommen hatte. Die Embryopathien traten aber nur dann auf, wenn die Gravide Aminopterin oder, in einem Fall, Busulfan und 6-Mercaptopurin gemeinsam nahm. Alle anderen Zytostatika (6-Mercaptopurin allein und Busulfan allein, Stickstofflost, Chlorambucil und Triäthylenamin (TEM)) führten zu keiner erkennbaren Schädigung. Es scheint so, als ob ein Transportblock für diese Substanzen von der Mutter zum Föten bzw. Embryo bestehe. In einem Fall (Case 46) konnte festgestellt werden, daß bei therapiebedingter Thrombozytopenie und einer leichten Anämie der Mutter, kurz nach der Entbindung, die Zahl der Blutplättchen und der Hämatokritwert beim Neugeborenen normal waren. Es wurden aber für jedes einzelne Medikament nur wenige Angaben gemacht, so daß diese Befunde nicht ausreichen, um daraus die Schlußfolgerung zu ziehen, daß durch diese Therapie keine Schädigung erfolgt. Außerdem bleibt die Frage der späteren Manifestation offen (LOKAL und LESSMANN, 196o).

5. 3. 2. Fall 2 (Medulloblastom): Eine Fruchtschädigung durch die zytostatische Therapie ist nicht auszuschließen. Die

zytostatische Therapie durfte auf gar keinen Fall unterbrochen werden, da das Medulloblastom einen sehr hohen Malignitätsgrad besitzt und leicht über den Liquorweg "Abtropfmetastasen" setzt.

5. 4. 1. Röntgenstrahlen und Fruchtschädigung

Literatur:

TÖNDURY spricht von einer ähnlichen fötalen Wirkung der radiomimetischen Substanzen und der Röntgenstrahlen. Auch hier ist man auf Einzelbeobachtungen angewiesen. Die Autoren sind sich im großen und ganzen einig, daß die Gefahr der Fruchtschädigung proportional der verabfolgten Strahlendosis, der Strahlungsart und der Schwangerschaftsphase ist (TÖNDURY, 1963, MUTH und ENGELHARDT, 1964). Die größte Gefahr einer Fruchtschädigung besteht in dem Stadium der Organogenese. Die Mißbildungsrate entspricht dem "Gregg-Syndrom" (BICKENBACH, 1955, s. a. unter "Rubeolen und Fruchtschädigung"). Nach HOTTINGER (1963) können durch ionisierende Strahlen Genmutationen ausgelöst werden. Die tödliche Strahlendosis beträgt 5 - 15 r (BLERY und BOURDON, 1968), nach SCHULTE-BRINKMANN 4 - 8 rad. TRAUTMANN und KRAFT (1961) rechnen bei einer Röntgenuntersuchung im Abdominalbereich mit einer Gonadendosis von 1 r/Untersuchung. Man könnte jedoch bei langdauernder Exploration und mehrfach wiederholter Durchleuchtung,

besonders in der Frühschwangerschaft, mit genetischen Schädigungen rechnen. TÖNDURY meint, man sollte bei einer Schwangeren die Röntgenuntersuchung ganz unterlassen, da das Risiko einer evtl. entstehenden Abnormität zu groß ist. WICHTEL (1965) glaubt aber, auf dieses diagnostische Mittel in der Geburtshilfe nicht verzichten zu können. Die erhöhte Leukämiegefahr durch Ganzkörperbestrahlung des Föten mit ionisierenden Strahlen sei noch nicht bewiesen (WICHTEL, 1965).

5. 4. 2. Fall 23 wurde in der Frühschwangerschaft einer Röntgenuntersuchung unterzogen (MDP, Cholangiogramm). Eine Fruchtschädigung ist nicht sicher auszuschließen, jedoch unwahrscheinlich.

5. 5. 1. Rubeolen und andere Virusinfektionen und Schwangerschaft

Literatur:

Es ist schon seit 1941 bekannt, daß Röteln während des 1. Schwangerschaftstrimesters gehäuft zu erheblichen Embryopathien führt. Der australische Augenarzt N. McALISTER GREGG stellte zu dieser Zeit fest, daß bei 78 Kindern von Müttern, die in den ersten Schwangerschaftswochen eine Rubeoleninfektion durchgemacht hatten, Linsentrübungen, Defekte am

Innenohr und Herzvitia auftraten ("Gregg-Syndrom"). Er und SWANN nahmen an, daß die Mißbildungsrate im ersten Schwangerschaftsmonat fast 1oo % erreiche, im 2. Monat 8o % und im 3. Monat ca. 5o % betrage. Spätere Untersuchungen in verschiedenen Ländern der Welt ergaben ein geringeres Mißbildungsrisiko.

Die Autoren nennen 4, 9, 25, 33, 5o, 67,5 und 84,1 % Embryopathien, falls die Rubeolenerkrankung der Mutter im ersten Schwangerschaftsdrittel erfolgte (s. a. Tabelle 19).

Tabelle 19: Fruchtschädigungswahrscheinlichkeit bei Rubeolen-infektion der Mutter in der Frühschwangerschaft

Jahr d. Veröffentl.	Autoren	Mißbildungsrate beim Kind 1. Monat	2.	3.	1. Trimester
1941	GREGG u. SWANN zit.n.HELLBRÜGGE	1oo %	8o %	5o %	
1955	BICKENBACH				USA 8o % Europa 2o-25 %
1956	LANG u. SERAR zit.n.CAMPBELL	1oo %	55 %	37 %	
1958	GERMER				1o-15 %
1961	CAMPBELL zit.n.HILL	5o %	25 %	17 %	
1965	TÖNDURY				7-39 %
1966	ALTER u. SCHULENBERG aus Lit.				4 %, 9 %, 25 %, 35 %
1966	DEIBEL	7o %	8o %	5o %	
1969	SKINNER				15-5o %

Nach dem ersten Schwangerschaftstrimenon erfolgt selten eine

Erbschädigung durch Rubeolen (TÖNDURY, 1965). CAMPBELL nimmt immer noch eine Erbschädigungswahrscheinlichkeit von 11 % an, wenn die Mutter im 4. Schwangerschaftsmonat eine Rubeoleninfektion durchgemacht hat.

Die Viren dringen vom mütterlichen Blutkreislaufsystem über das Chorionepithel und die Endothelzellen der Zotten ins kindliche Blut ein (TÖNDURY, 1963). An den Stellen des größten Nucleoproteidstoffwechsels in dieser Zeit setzt sich das Virus fest. In den ersten Wochen greift es besonders das Gehirn, die Augen und das Herz an (s. a. den "Stundenplan" von BOURQUIN). In der Linse kommt es zu einer "tropfigen Entmischung und vakuolären Veränderung des Zytoplasmas mit nachfolgender Zellkernpyknose und Austropfen der Zellen" (TÖNDURY, 1965). Der Prozeß dauert solange an, bis in dem Gebiet alle Fasern zerstört sind. Er kann auch bis nach der Geburt fortdauern (HELLBRÜGGE, 1959). Mögliche Embryopathien durch dieses Virus oder auch durch andere Viren, wie Coxsackie A oder B, ECHO- und Adenoviren (DEIBEL, 1966) bedingt, sind Kataraktbildungen am Auge, Optikusatrophie, Innenohrschädigungen, Fehlen der Sinnesepithelien, offener Ductus arteriosus Botalli, Ventrikelseptumdefekte, Atriumseptumdefekte, Fallotsche Tetralogie und andere (HELLBRÜGGE, 1950), aber auch Veränderungen der Schmelzorgane der Zähne und Mikrozephalie (GERMER, 1958).

5. 5. 2. Fall 22 hatte in der Frühschwangerschaft eine Ru-

beoleninfektion durchgemacht. Die Infektion erfolgte ca. 2o - 25 Tage nach der Konzeption, d.h., noch im ersten Schwangerschaftsmonat. Aus der Tabelle 17 ist ersichtlich, daß bei einer Rubeolenerkrankung der Mutter im ersten Schwangerschaftsmonat am ehesten mit einer Embryopathie gerechnet werden muß. Die Wahrscheinlichkeit einer Fruchtschädigung in diesem Monat wird mit < 2o bis loo % angegeben. Man kann also hier von einer Wahrscheinlichkeit im Sinne der Begutachtungspraxis reden.

5. 6. 1. Phänokopie einer Erbkrankheit (angeborener Schwachsinn)

Literatur:

Nach EWALD (1954) kann ein angeborener Schwachsinn durch intrauterine Schädigung entstehen. Zu den möglichen Noxen gehören u.a. schwerer Alkoholabusus, Röntgenstrahlen, Radiumstrahlen, Toxoplasmose, Rubeolen und andere Viruserkrankungen und Geburtstraumata (Asphyxie und Zangengeburt). Es erfolgt also eine "Phänokopie" einer Erbkrankheit, die durch Änderung im Genom bedingt ist (HAMPERL, 1968). Demnach ist es nicht möglich, ad hoc zu entscheiden, ob eine Erblichkeit der Erkrankung vorliegt oder nicht.

5. 6. 2. Fall 21: Da ihr Urgroßvater und der Großvater ihres Mannes Halbbrüder waren, ist eine evtl. mitdeterminierte

inzestuöse Erbabnormalität in Betracht zu ziehen. Bei dem ältesten Kind vermutete man ein Geburtstrauma. Ebenfalls war natürlich eine Phänokopie, eine exogen ausgelöste"Mißbildung", bei den beiden jüngeren Geschwistern zu erwägen. Ob eine Erblichkeit des Leidens vorliegt, ist leider nicht zu entscheiden.

SCHLUSSBETRACHTUNG

Zusammenfassend läßt sich feststellen, daß bei den Stellungnahmen nervenärztlicher Gutachter der Universitäts-Nervenklinik Homburg/Saar von 1965 - 1972 die rein "medizinische Indikation" ausschlaggebend war. Nur in wenigen Grenzfällen wurden auch die "sozialen" und "eugenischen (erbmedizinischen) Indikationen" zur Gesamtbewertung herangezogen. Sie stellten jedoch auch hier nicht das entscheidende Moment bei der Indikationsbeurteilung dar, sondern sie dienten nur zur vollständigen Beurteilung des Krankheitsbildes.

Bei der prima vista Betrachtung der Tabelle 1o (Abhängigkeit der Befürwortung von der Konfession) stellt man eine Korrelation fest, - es bekamen verhältnismäßig mehr protestantische Antragstellerinnen einen positiven Bescheid als katholische Frauen - (Tabelle 1o a). Jedoch muß erwähnt werden, daß bei 7 Frauen (6 katholisch und 1 evangelisch) erst retrograd in Erfahrung gebracht wurde, welcher Konfession sie angehörten, d.h., dem Gutachter war die weltanschauliche Einstellung der Schwangeren nicht bekannt. Falls diese Fälle in Tabelle 1o nicht berücksichtigt werden, ergibt sich keine unterschiedliche Indikationsbewertung in Abhängigkeit der Glaubensrichtung (Tabelle 1o b). Es ist zu diskutieren, ob mehr katholische als evangelische Frauen nur ein psychotherapeutisches Gespräch suchten und grundsätzlich nichts gegen

die bestehende Schwangerschaft einzuwenden hatten.

Eine zeitliche Änderung der Indikationsbeurteilung zwischen 1965 und 1972 ist nicht zu eruieren. Daraus ist zu schließen, daß die Propaganda in der Öffentlichkeit keinen Einfluß auf die Grundeinstellung der Gutachter zur Frage der "medizinischen Indikation" nahm.

Unser Fall 18 (reaktive Depression) demonstriert uns, wie zurückhaltend man bei der Befürwortung eines Antrags auf Schwangerschaftsabbruch bei reaktiver Depression sein soll. Der Antrag der Patientin wurde zuerst von unserer Klinik befürwortet, von der Ärztekammer aber abgelehnt. Mittlerweile hatte sich die akute Symptomatik unter der Psychotherapie und der psychopharmakologischen Behandlung vollständig zurückgebildet, so daß sich ein positives Verhältnis der Graviden zur Schwangerschaft entwickelte, und die Patientin froh war, die Schwangerschaft auszutragen.

ZUSAMMENFASSUNG

In dieser Arbeit wurden soziale, weltanschauliche, psychische, physische und erbmedizinische (eugenische) Momente bei der Antragstellung und Begutachtungspraxis zusammengestellt.

Da es sich hierbei nur um eine kleine Fallzahl handelte, ist keine statistische Aussage zu treffen.

Im speziellen Teil wurde jeder einzelne Fall besprochen und die Kriterien, die bei der Begutachtung eine Rolle spielten,

behandelt.

Zuletzt wurde auf die erbmedizinische (eugenische) Indikation eingegangen, und es wurde auf die mögliche Fruchtschädigung und Erblichkeit hingewiesen.

LITERATURÜBERSICHT:

1. ADAM, E.: Ein Beitrag zur Frage der Schwangerschaftsunterbrechung D.Dtsch.Gesundh.Wes. 13,(1958): 881-882

2. ADORNO, T.W.: Sexualtabus und Recht heute in: Sexualität und Verbrechen (1963): 299-317, F. BAUER, A. GIESE, H. JÄGER Hrsg.: A. BÜRGER-PRINZ, Vlg.: Fischer Bücherei KG, Frankfurt a.M.

3. ALTER, M., and R. SCHULENBERG: Dermatoglyphics in the Rubella Syndrome J.A.M.A. 197,(1966): 93-96

4. ARESIN, N.: Grundsätzliche Gedanken zur Frage der Schwangerschaftsunterbrechung D.Dtsch.Gesundh.Wes. 13,(1958): 1176-1178

5. AUGSTEIN, R.: Grundgesetz und § 218 Ztschr.: Spiegel 25, (1971): 22

6. BALLY, G.: Psychologische Überlegungen zur Frage der Fruchtabtreibung Schw.med.Wschr. 6o, (193o): 996-997

7. BAMBERGER, P. und A. MATTHES: Zur Frage der freiwilligen eugenischen Sterilisation Ärztl.Mitt. (1962): 2182-2183

8. BARNIKEL, W.: Zum Recht der Schwangerschaftsunterbrechung Dtsch.med.Wschr. 9o, (1965): 1635-1637

9. BARNO, A.: Criminal Abortion Death, Illegitimate Pregnancy Death and Suicide in Pregnancy Am.J.Obstet.Gyn. 98, (1967): 356-363

1o. BARTH, K.: Das Problem der absichtlichen Schwangerschaftsunterbrechung Dogmatik III, 4, (1951): 473-482 Vlg.: Evangel.Vlg.A.G. Zollikon Zürich

11. BAUER, H.J.: Grundlagen und Hypothesen der modernen Ursachenforschung
Ztschr.f.Neurol. 198, (197o): 5-32

12. BECKER, R.: Diskussionsbeitrag zur Frage der Schwangerschaftsunterbrechung vom Blickpunkt der Ärztekammer auf dem Lande
D.Dtsch.Gesundh.Wes. 13, (1958): 1178-118o

13. BEHREND, R.C.: Ist etwas darüber bekannt, daß während der Schwangerschaft auftretende Poliomyelitis auf die Frucht übertragen wird?
Dtsch.med.Wschr. 76, (1951): 154o

14. BENTE, D. und O.A. BUHRER: Schwangerschaft und Psychiatrie
Med.Klinik 58, (1963): 1598-16oo

15. BICKENBACH, W. und H.J. SOORT: Das Kollumkarzinom in der Schwangerschaft
Gebtsh.u.Frk. 2o, (196o): 313

16. BICKENBACH, W.: Exogene Ursachen angeborener Mißbildungen
Archiv f. Gyn. 186, (1955): 37o-379

17. BINDER, H.: Die psychiatrische Indikation zur Schwangerschaftsunterbrechung
Schw.Arch.f.Neurol.u.Psych. 67, (1951): 245-263

18. BLERY, M. et R. BOURDON: Effets des Radiation ionisantes sur le Foetus
La Presse Médicale 76, (1968): 131o

19. BLEULER, E.: Lehrbuch der Psychiatrie
Springer-Vlg. 1966, 1o. Aufl.

2o. BOCKELMANN, P.: Strafrecht des Arztes
(1968): 2632, Georg Thieme Vlg. Stuttg.

21. BÖCKLE, F.: Sittengesetz und Strafgesetz in katholischer Sicht
in: Beiträge zur Sexualforschung
Hrsg.: H.Bürger-Prinz, H.Giese, 43,
(1968): 5-24

22. BONHOEFFER, K.: Ein Rückblick auf die Auswirkung und die Handhabung des nationalsozialistischen Sterilisationsgesetzes Nervenarzt 2o, (1949): 1-5

23.: BONHOFF, E.: Psychiatrische Erfahrungen bei der Nachuntersuchung Sterilisierter Fortschr.d.Neurol.u.Psych. 21, (1953): 251-284

24. BORGES, J.C.C.: Während der Schwangerschaft und des Wochenbetts auftretende Psychose Zbl.Neurol.u.Psych. 129, (1954): 199

25. BOWES, W.A.jr., J.L. GIBSON, A. LEIBOWITZ, and W.J. PALIN: Obstetr. and Gyn. 35, (197o): 7-11

26. BRAND, J.: Auswertung von 4ooo Fällen der Berliner Beratungstellen in: Beiträge zur Sexualforschung 13, (1958): 133-139, Hrsg.: H. Bürger-Prinz, H. Giese

27. BÜRGER-PRINZ, H. und H. GIESE: Psychiatrie und Sexualstrafrecht in: Sexualität u. Verbrechen (1953): 262-272, Hrsg.: F. Bauer, H. Bürger-Prinz, H. Giese, A. Jäger, Vlg.: Fischer Bücherei K.G. Frankf./M.

28. BUMKE, O. und O. FOERSTER: Handbuch der Neurologie XIV, (1936) Springer Vlg. Berlin

29. BURROWS, S., and O. BOLLMANN: Hemaggl. Inhib. Test in an Obstetric Population Obstetr. and Gyn. 33, (1969): 7o3-7o8

3o. CAMPBELL, M.: Place of Maternal Rubella in the Actiol of Congen. Heart Disease Brit.Med.J. 1, (1961): 691-696

31. CAMPENHAUSEN, H. Frh. v., E. DINKLER, G. GLOEGE u. K.-E. LOGSTRUP: Schwangerschaftsunterbrechung in: Die Religionen in Geschichte und Gegenwart 5, (1961): 1588-1589 Hrsg.: K. Galling, Vlg.: J.C.B. Mohr (Paul Siebeck) Tübingen

32. CARDIS, F.: Lungentuberkulose
in: Richtlinien zur medizinischen Indikation der Schwangerschaftsunterbrechung
(1964): 87-92, Hrsg.: C. Müller u. D. Stucki, Vlg. Springer Vlg. Berlin-Göttingen-Heidelberg

33. CARROLL, J.D., D. LEAK und H.A. LEE: Cerebrale Thrombophlebitis während der Schwangerschaft und im Wochenbett
Zbl. Neurol.u.Psych. 188, (1967): 33o

34. CHRISTENSEN, E.: Pathologie der intrakraniellen Blutungen
Hdb.der Neurochir. 3, (1956): 7o3-736
Springer Vlg. Berlin-Göttingen-Heidelb.

35. CHRISTENSEN, E., and H. LARSEN: Fatal Subarachnoid Haemorrhages in Pregnant Women with Intracranial and Intramedullary Vascular Malformations
Acta psych.scand. 29, (1954): 441-451

36. CONLEY, J.W., and C. W. RAND: Spontaneous Subarachnoid Hemorrhage
Arch.of Neurol. 66, (1951): 443-463

37. CONSTAM, G.R.: Diabetes mellitus
in: Richtlinien zur medizinischen Indikation der Schwangerschaftsunterbrechung (1964): 86-87
Hrsg.: C. Müller u. D. Stucki, Springer Vlg. Berlin-Göttingen-Heidelberg

38. COOPER, H.H.: Elektroshok Treatment of Mental Illness During Pregnancy
Zbl.Neurol.u.Psych. 123, (1953): 97

39. CORBOZ, R. und P. KARRER-STIERLI: Die Schwangerschaft bei jungen Mädchen
Mschr.Psych.u.Neurol. 13o, (1955): 43o-44o

4o. COVINGTON, E.E., and A.S. BAKER: Dosimetry of Scattered Radiation to the Fetus
J.A.M.A. 2o9, (1969): 414-415

41. DEGKWITZ, R.: Über den Einfluß der Schwangerschaft und ihres Abbruchs auf neurologische und psychiatrische Krankheiten
Fortschr.Neurol.u.Psych. 32, (1964): 1o5-161

42. DEGKWITZ, R.: Der Einfluß der Schwangerschaft und psychische Krankheiten
in: Psychiatr. u. Neurolog. der Schwangerschaft (1968): 67-75, Hrsg.: H. Bürger-Prinz, P.-A. Fischer, Ferdinand Enke Vlg. Stuttgart

43. DEIBEL, R.: Virusembryopathie
Dtsch.med.Wschr. 91, (1966): 1792

44. DEIBEL, R.: Rötelnembryopathie
Dtsch.med.Wschr. 94, (1969): 565-566

45. DIVRY, P. et J. BOBON: Tumeurencéphalique et gravidité
Zbl.Neurol.u.Psych. (195o/51): 88

46. DÖRING, G.K.: Die künstliche Schwangerschaftsunterbrechung und der kriminelle Abort
Dtsch.med.Wschr. 93, (1968): 1782

47. DUPUIS, L.: Unehelichkeit
in: Beiträge zur Sexualforschung 13, (1958): 55-66, Hrsg.: H. Bürger-Prinz, H. Giese, H. Harmsen, Ferdinand Enke Vlg. Stuttgart

48. DURAND-WEVER, A.-M.: Ärztliche Indikation zur Empfängnisverhütung
in: Beiträge zur Sexualforschung 13, (1958): 126-129, Hrsg.: H. Bürger-Prinz, H. Giese, H. Harmsen, Ferdinand Enke Vlg. Stuttgart

49. ECKMANN, L.: Maligne Tumoren
in: Richtlinien zur medizinischen Indikation der Schwangerschaftsunterbrechung (1964): 122-125, Hrsg.: C. Müller u. D. Stucki, Springer Vlg. Berlin-Göttingen-Heidelberg

5o. EHRHARDT, A. und W. VILLINGER: Schwangerschaftsunterbrechung und Abtreibung
Psych. der Gegenwart III, (1961): 237 Springer Vlg. Berlin-Göttingen-Heidelb.

51. ELIZAN, T.S., L. AJERO-FROEHLICH, A. FABIYI, A. LEY, and J.L. SEVER: Viral Infect
Arch.of Neurol. 2o, (1969): 115-119

52. ELLEGAST, H., G. GUMPESBERGER und F. WEWALKA: Einfluß einer Hepatitis in der Schwangerschaft auf das Kind
Wiener kl. Wschr. 66, (1954): 507-511

53. ENGELHART und A. PISCHINGER: Über eine durch Röntgenstrahlen verursachte menschliche Mißbildung
Münch.Med.Wschr. (1939): 1315-1316

54. ERNST, K. und C. ERNST: 70 zwanzigjährige Katamnesen hospitalisierter neurotischer Patientinnen
Schw.Arch.f.Neurol.u.Psych. 95, (1965): 359-415

55. EWALD, G.: Neurologie und Psychiatrie
III. Auflage 1954
Urban u. Schwarzenberg Vlg. München-Berlin

56. FELDMANN, R.L., S.W. GROSS, and S. WIMPFHEIMER: Ruptured Intracranial Aneurysm During Pregnancy
Am.J.Obstet.Gyn. 70, (1955): 289-295

57. FRAMPTON, J.: Risiko of Abortion
Brit.Med.J. (1968): 298

58. GERLACH, J.: Grundriß der Neurochirurgie (1967): 113, 129, 137, 138, 141-145
Dr.Dietr.Steinkopff Vlg. Darmstadt

59. GERMER, W.D.: Wie häufig kommt eine Embryopathie nach Röteln Schwangerer vor?
Dtsch.med.Wschr. 83, (1958): 1860

60. GERMER, W.D.: Schwangerschaftsunterbrechung bei Viruskrankheiten
Münch.med.Wschr. 102, (1960): 138

61. GLAUS, A.: Zur psychiatrischen Indikation der Schwangerschaftsunterbrechung
Schw.med.Wschr. 78, (1948): 97-101

62. GOODLIN, R.C.: Fetal Medication in High Risiko in Pregnancy
Obstet.Gyn. 34, (1969): 109

63. GREGL, A., U.KRACK, S. TIMMERMANN, P. STANKOVIC und H.-K. WELLNER: Brustkrebs und Schwangerschaft Dtsch.med.Wschr. 95, (197o): 1951-1955

64. GROTE, W.: Narkose in Frühschwangerschaft Dtsch.med.Wschr. 45, (197o): 1421

65. HÄNDEL, K.: Schwangerschaftsunterbrechung - neues englisches Gesetz Med.Klinik 64, (1969): 1137-1144

66. HAMPERL, H.: Lehrbuch der Allgemeinen Pathologie und der Pathologischen Anatomie (1968): 62-63, 28. Auflage (1968) Springer Vlg. Berlin-Heidelberg-New York

67. HANACK, E.-W.: Die strafrechtliche Zulässigkeit künstlicher Unfruchtbarmachung Zbl.Neurol.u.Psych. 155, (196o): 1o5

68. HANACK, E.-W.: Brennpunkt einer Reform des Sexualstrafrechts in: Beiträge zur Sexualforschung 43, (1968): 25-44, Hrsg.: H. Bürger-Prinz, H. Giese

69. HARMSEN, H.: Mittel zur Geburtenregelung in der Gesetzgebung des Staates, unter besonderer Berücksichtigung des neuen Entwurfs eines StGBs in: Sexualität und Verbrechen (1963): 175-198,Hrsg.: H. Bürger-Prinz, F. Bauer, H. Giese, H. Jäger, Fischer Bücherei K.G. Frankfurt a.M.

7o. HARMSEN, H.: Die europäische Bevölkerungsentwicklung als Ursache neuer präventivmedizinischer Probleme Fortschr.d.Med. 89, (1971): 1-2, 4o

71. HARMSEN, H.: Geburtenrückgang Fortschr.d.Med. 89, (1971): 581-582, 619

72. HEIDRICH, R.: Die subarachnoidale Blutung VEB Georg Thieme Vlg. Leipzig (197o)

73. HEISS; H.: Schwangerschaftsunterbrechung und maligne Tumoren
Wiener med. Wschr. 115, (1965): 1079

74. HELD, E. und A. GLAUS: Nachuntersuchung bei 195 auf eigenes Begehren und ohne vorhergehende psychiatrische Begutachtung sterilisierten Frauen
Praxis (1952): 1020-1024

75. HELLBRÜGGE, T.: Die Gefährdung des Kindes durch Virusinfektion der Mutter während der gesamten Schwangerschaft
Materia Medica Nordmark (1959): 237-245

76. HELLBRÜGGE, T.: Über Virusembryopathie
Münch.med.Wschr. 1, (1959): 15-20

77. HERMANN, E.: Zur Frage der freiwilligen eugenischen Sterilisation bei der genuinen Epilepsie
Ärztl.Mitt. 40, (1962): 868-870

78. HERRLINGER, R.: Die Geschichte der "medizinischen Indikation" des Abortus arteficialis
Ärztl.Mitt. 41, (1963): 2081-2086

79. HESS, A.: Die große Strafrechtsreform
Ärztl.Mitt. 40, (1962): 1579-1585

80. HIRSCHMANN, J.: Über den Einfluß von Schwangerschaft und Geburt auf den Verlauf der Multiplen Sklerose
Dtsch.med.Wschr. 73, (1948): 595-596

81. HIRSCHMANN, J.: Gestationsvorgang und genuine Epilepsie
Dtsch.med.Wschr. 74, (1949): 1110-1112

82. HIRSCHMANN, J.: Schwangerschaft und Epilepsie
in: Psychiatrie und Neurologie der Schwangerschaft (1968):161-172, Hrsg.: H. Bürger-Prinz, P.-A. Fischer, Ferdinand Enke Vlg. Stuttgart

83. HOHLBEIN, R.: Das weitere Schicksal von Mutter und Kind nach abgelaufener Schwangerschaftsunterbrechung
D.Dtsch.Gesundh.Wes. 15, (1960): 1884

84. HOPPELER, P.A.: Nachuntersuchungen von 1oo auf Grund psychiatrischer Indikation ohne vorhergehende Interruptio graviditatis sterilisierter Frauen
Praxis 41, (1955): 24-3o

85. HOTTINGER, A.: Viruserkrankungen im Kindesalter
Dtsch.med.Wschr. 87, (1962): 24o1-24o8

86. HOTTINGER, A.: Risiken therapeutischer Maßnahmen
Schw.med.Wschr. 13, (1963): 2o1-2o7

87. HOTTINGER, A.: Fragen aus der Praxis
Dtsch.med.Wschr. 88, (1963): 181o-1811

88. HUHN, A.: Die Hirnvenen- und Sinusthrombose in Schwangerschaft und Wochenbett
in: Psychiatrie und Neurologie der Schwangerschaft (1968): 181-194
Hrsg.: H. Bürger-Prinz, P.A. Fischer, Ferdinand Enke Vlg. Stuttgart

89. HUHN, A.: Die venösen Abflußstörungen
in: Die zerebralen Durchblutungsstörungen des Erwachsenen, Hrsg.: J. Quandt, Vlg.: Volk u. Gesundheit Berlin (1969) 2. Aufl.

9o. HUSSLEIN, H.: Legaler und illegaler Abort
Fortschr.d.Med. 89, (1971): 781-782

91. HUSSLEIN, H.: Gedanken zum Abortusproblem
Dtsch.Ärzteblatt 32, (1971):2247-2255

92. JANZ, D. und U. FUCHS: Sind antiepileptische Medikamente während der Schwangerschaft schädlich?
Dtsch.med.Wschr. 89, (1964): 241-243

93. JOCHIMSEN, L.: § 218, Dokument eines 1oo-jährigen Elends
Konkret Buchhandlung (1971)

94. JÜNGEL, E., E. KÄSEMANN, J. MOLTMANN und D. RÖSSLER: Abtreibung oder Annahme des Kindes
Evgl. Kommentare 4, (1971): 452-454

95. KAESER, H.E.: Erbkrankheiten des Nervensystems
Schw.med.Wschr. 93, (1963): 897-9o3

96. KAISER, G.: Juristische und rechtspolitische Probleme der Geburtenregelung
Med.Klinik (1968): 1562-1567

97. KAFKA, V.: Spezielle Humeralpathologie der Psychosen
in: Hdb. der Geisteskrhten III., (1928): 284-285, Hrsg.: O. Bumke, Springer Vlg. (1928)

98. KALM, H.: Multiple Sklerose und Schwangerschaft
in: Psychiatrie und Neurologie der Schwangerschaft (1968): 151-16o, Hrsg.: H. Bürger-Prinz, P.-A. Fischer, Ferdinand Enke Vlg. Stuttgart

99. KAUFMANN, H.: Die Rechtslage bezüglich Anwendung, Werbung und Verkauf von antikonzeptionellen Mitteln
in: Beiträge zur Sexualforschung 13, (1958): 161-162, Hrsg.: H. Bürger-Prinz H. Giese, Ferd. Enke Vlg. Stuttgart

1oo. KAUTZKY, R.: Hirntumor und Schwangerschaft
in: Psychiatrie und Neurologie der Schwangerschaft (1968): 173-18o, Hrsg.: H. Bürger-Prinz, P.-A. Fischer, Ferdinand Enke Vlg. Stuttgart

1o1. KELLER, H. und H. MASSINGER: Medikamentöse Therapie bei Graviden
Münch.med.Wschr. 45, (1964): 2o65

1o2. KELLER, W. und A. WISKOTT: Pathologie der Vorgeburtsperiode
in: Lehrbuch der Kinderheilkunde (1966): 96-1o1, Georg Thieme Vlg. Stuttgart

1o3. KERN, G.: Schwangerschaftsunterbrechung
in: Gynäkologie (197o): 17o-176, Georg Thieme Vlg. Stuttgart

1o4. KEYSERLING, H. v.: Zum Krankheitsbild der Wochenbettpsychose
Archiv f. Psych. 2o3, (1962): 632-647

1o5. KIENLE, G.: Untersuchungen zur Psychose der Schwangerschaft
Nervenarzt 38, (1967): 256-261

106. KIND, H. und O. SCHORNO: Grundsätzliches zur psychiatrischen Begutachtung der Schwangerschaftsfähigkeit
Schw.med.Wschr. 96, (1966): 1571-1575

107. KING, A.B.: Neurological Complications of Pregnancy
Neurol. and Psych. 63, (1950): 611, 635

108. KIRCHHOFF, H.: Unterbrechung einer Gravidität bei vermuteter Fruchtschädigung
Dtsch.med.Wschr. 87, (1962): 2338-2339

109, KLOSS, K.: Hirntumor und Schwangerschaft
Wiener Ztschr. Nervenheilk. 5, (1952): 175-187

110. KNAUS, H.: Vorteile der natürlichen Geburtenregelung
in: Beiträge zur Sexualforschung 13, (1958): 130-132, Hrsg.: H. Bürger-Prinz H. Giese, H. Harmsen, Ferdinand Enke Vlg. Stuttgart

111. KOBYLETZKI, D. v.: Psychopharmaka während der Gravidität und Stillperiode
in: Psychiatrie und Neurologie der Schwangerschaft (1968): 76-86, Hrsg.: H. Bürger-Prinz, P.A. Fischer, Ferdinand Enke Vlg. Stuttgart

112. KOCH, T.: Der gute Wille zur Reform
in: Ztschr. Die Zeit 38, (17.9.1971):17

113. KOHLHAAS, M.: Rechtsfragen
Dtsch.med.Wschr. 91, (1966): 277-279

114. KOLLE, K.: Psychiatrie (1967): 6-16, 157-158,364,6. Aufl. Thieme Vlg. Stuttgart

115. KRAATZ, H.: Grundsätzliche Gedanken zur Frage der Schwangerschaftsunterbrechung
D.Dtsch.Gesundh.Wes. 13, (1958): 138-145

116. KRONE, H.-A.: Die Bedeutung der exogenen Ursachen angeborener Mißbildungen im Rahmen der Schwangerschaftsberatung
Münch.med.Wschr. 100, (1958): 1417-1421

117. KRÜGER, H.: Die Wochenbettpsychose im Wandel der Anschauungen
Nervenarzt 35, (1964): 448-458

118. KRUGMANN, S.: Routine gamma-Globulin in Exposure to Rubella During Pregnancy not Recommended
J.A.M.A. 213, (197o): 88o

119. LÄPPLE, A.: Urkundenbuch des katholischen Glaubens
Vlg. Friedr. Pustet 1969

12o. LANG, W. und M. HAERING: Hirntumor und Schwangerschaft
Zbl.Gyn. 84, (1962): 1149-1455

121. LEFERENZ, H.: Die psychiatrische Indikation der Schwangerschaftsunterbrechung und Unfruchtbarmachung nach geltendem Recht
Nervenarzt 23, (1952): 252-256

122. LEIBOWITZ, U., A. ANTONONSKY, R, KATS, and M. ALTER: Does Pregnancy Inerease Multiple Sklerosis?
J.Neurol., Neurosurg.,Psychiatry 3o, (1967): 354-357

123. LEINZINGER, E.: Das Schwangerschaftsödem
Wiener klin. Wschr. 7o, (1958): 576-579

124. LESINSKI, J.: Abtreibungsprobleme und Frühgeburt nach Abtreibung
in: Beiträge zur Sexualforschung 13, (1958): lol-lo6, Hrsg.: H. Bürger-Prinz H. Giese, H. Harmsen, Ferdinand Enke Vlg. Stuttgart

125. LUNDSTRÖM, R., C. THOREN und B. BLOMQUIST: Nachuntersuchung zur Behandlung der Rötelnerkrankung in den ersten Monaten der Gravidität mit Rekonvaleszentengamma-Globulinen
Dtsch.med.Wschr. 86, (1961): 25o8

126. LYON, E.: Pränatal erworbene Viruskrankheiten Neugeborener bei inapparenten Virusinfektionen der Mutter
Dtsch.med.J. 11, (196o): 365-368

127. MAIER, H.W.: Einleitung zu: Die nervenärztliche Beurteilung der Schwangerschaftsfähigkeit aus der psychiatrischen Universitätsklinik Zürich von 1933-1934 (von A. Zolliker)
Schw.Arch.f.Neurol.u.Psych. 4o, (1938): 4o3

128. MARTINI, G.: Considerazioni su due casi di sklerosi a placche in gravidanza
Zbl.Neurol.u.Psych. 124, (1953): 375-376

129. Mc CALL, M.L.: Cerebral Blood Flow and Metabolism in Toxemias of Pregnancy
Zbl.Neurol.u.Psych.112, (1951): 336

13o. MEHLAN, K.H.: Die Förderung des Willens zum Kinde
in: Beiträge zur Sexualforschung 13, (1958): 142-146, Hrsg.: H. Bürger-Prinz, H. Giese, H. Harmsen, Ferdinand Enke Vlg. Stuttgart

131. MEHLAN, K.H.: Das Bild der legalen Schwangerschaftsunterbrechung in der DDR
D.Dtsch.Gesundh.Wes. 13, (1958): 595-6o2

132. MEHLAN, K.H.: Legalisierung der Schwangerschaftsunterbrechung: Ja oder Nein ?
D.Dtsch.Gesundh.Wes. 15, (196o): 12o6-1213

133. MENDE, W.: Schwangerschaft und Sterilisation aus nervenärztlicher Sicht
Lehmanns Vlg. München (1968)

134. MENTZOS, S. Pathogenetische und nosologische Aspekte der Wochenbettpsychosen
in: Psychiatrie und Neurologie der Schwangerschaft (1968): 11o-119
Hrsg.: H. Bürger-Prinz, P.-A. Fischer, Ferdinand Enke Vlg. Stuttgart

135. MEYER, H.-H.: Statistisches zur Frage der "Auslösung" endogener Psychosen durch akute körperliche Erkrankung oder Generationsvorgang
Nervenarzt 24, (1953): 498-5oo

136. MEYER, H.-H.: Fortschritte der Pharmakotherapie der manisch-depressiven Erkrankungen Fortschr.d.Neurol.u.Psych. 21, (1953): 65

137. MIKULICZ-RADECKI, F. V.: Abortus arteficialis in: Gebtsh.des prakt.Arztes (1959): 2o6-213, Ambrosius Barth Vlg. Leipzig 6. Aufl. (1959)

138. MIKULICZ-RADECKI, F. V.: Schwangerschaftsunterbrechung aus geburtshilflicher oder gynäkologischer Indikation Münch.med.Wschr. (196o): 132-133

139. MIKULICZ-RADECKI, F. V. und K.H. BRUNTSCH: Grenzgebiete der Geburtshilfe und Gynäkologie Münch.med.Wschr. (1961): 1895-1897

14o. MORGENTHALER, W.: Über die psychiatrische Indikation zur Schwangerschaftsunterbrechung Schw.Arch.f.Neurol.u.Psych. 27, (1931): 328-339

141. MOYA, F., and V. THORNDIKE: Passage of Drugs Across the Placenta Am.J.of Obstet.Gyn. 84, (1962): 1778-1798

142. MÜLLER, C. und D. STUCKI: Richtlinien zur medizinischen Indikation der Schwangerschaftsunterbrechung Springer Vlg. Berlin-Göttingen-Heidelb. (1964)

143. MÜLLER, H.R.: Die Prognose der Multiplen Sklerose Dtsch.med.Wschr. 86, (1961): 18oo-18o8

144. MÜLLER, R.: Pregnancy in Disseminated Sclerosis Zbl. 121, (1953): 92

145. MÜLLER-HEGEMANN, D.: Theoretische Grundlagen für die erbmedizinische Indikation zur Schwangerschaftsunterbrechung D.Dtsch.Gesundh.Wes. 1o, (1955): 42-51

146. MÜLLER-HEGEMANN, D.: Psychiatrische und neurologische Indikation D.Dtsch.Gesundh.Wes. 13, (1958): 6o8-611

147. MÜRY, H.R.: Auswirkungen der Schwangerschaftsunterbrechung bei Multipler Sklerose Schw.Arch.f.Neurol.u.Psych. 101, (1968): 60-71

148. MUMENTHALER, M.: Neurologie Georg Thieme Vlg. Stuttgart (1967)

149. MURPHY, L., C.P. DAGG, and D.A. KARNOFSKY: Comparison of Teratogenic Chemicals in the Rat and Chick Embryos Pediatrics 19, (1957): 701-714

150. MUTH, H. und H. ENGELHARDT: Schwangerschaftsunterbrechung und Sterilisierung in neuerer Sicht Vlg.Urban u. Schwarzenberg München-Berlin (1964)

151. NACHTSHEIM, H.: Das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses aus dem Jahre 1933 in heutiger Sicht Ärztl.Mitt. 40, (1962): 1640-1644

152. NELSON, D.A.: Spinal Cord Compression Due to Vertebral Angioma During Pregnancy Arch. of Neurol. 11, (1964): 408-413

153. NEUMANN, G.: Fragen aus der Praxis Dtsch.med.Wschr. (1969): 2127

154. NOACK, H.: Indikation der Schwangerschaftsunterbrechung D.Dtsch.Gesundh.Wes. 13, (1958): 592-594

155. NORA, J.J., A.H. NORA, R.J. SOMMERVILLE, R.M. HILL, and D. Mc NAMARA: Maternal Exposure to Potential Teratogens J.A.M.A. 202, (1967): 1065-1069

156. OERI, J.: Chirurgische Erkrankungen in: Richtlinien zur medizinischen Indikation der Schwangerschaftsunt-erbrechung (1964): 98-101, Hrsg.: C. Müller u. D. Stucki, Springer Vlg. Berlin-Göttingen-Heidelberg (1964)

157. OLIVECRONA, H.: The Surgical Treatment of Intracranial Tumors
Hdb. der Neurochirurgie 44, (1967): 491-495, Springer Vlg. Berlin-Göttingen-Heidelberg

158. PAILLAS, J.-E., J. CHOSSON, G. SERRATRICE et M. BERARD-BADIER: Pousseé Evolutive Gravidique d'un Angiome artério-veineux du Cerveau
La Presse Médicale 86, (1957): 1958-1959

159. PAULEIKHOFF, B.: Seelische Störungen in der Schwangerschaft und nach der Geburt
Ferdinand Enke Vlg. Stuttgart (1964)

160. PIEPER, J.: Thomas-Brevier (1956): 70-71, Kösel Vlg. München

161. PECK, A., and H. MARCUS: Psychiatric Sequelae of Therapeutics Interruption of Pregnancy
J.Nerv.and mental Disease 143, (1966): 417-425

162. PETRILOWITSCH, N.: Zyklothyme-endogene Psychosen von depressivem und manischem Typ
Fortschr.d.Neurol.u.Psych. 32, (1964): 561-624

163. PETTE, E. und H. PETTE: Multiple Sklerose
Zur Ätiologie und Pathologie der Multiplen Sklerose
Dtsch.med.Wschr. 84, (1959): 2061

164. POLONIO, P., and M. FIGUEIREDO: On the Structur of Mental Disorders Associated with Childbearing
Mschr.f.Neurol.u.Psych. 130 (1955): 304-318

165. POLYTOVSKAIA, D.: Epilepsie et grossesse
Zbl.f.Neurol.u.Psych. 189, (1967): 89

166. QUANDT, J.: Die zerebralen Durchblutungsstörungen des Erwachsenenalters
Vlg. Volk u. Gesundheit Berlin, 2. Aufl. (1969)

167. RADMAYR, E.D.: Eine endogene Depression als Schwangerschaftspsychose
Wiener klin. Wschr. 69, (1957): 632-633

168. RAPOPORT, J.L.: American Abortion Applicants in Sweden
Arch.of gener.Psych. 13, (1965): 24-33

169. RAVINA, J.H.: Traitement des anéurysme intra craniens durant la grossesse
La Presse Médicale 73, (1965): 1972

17o. RAWLS, W.F., J. DESMGTER, and J.L. MELNICK: Serological Diagnosis and Fetal Invdvement in Maternal Rubella
J.A.M.A. 2o3, (1968): 111-115

171. REIMANN-HUNZIKER, R.: Erziehung zur Familienplanung
in: Beiträge zur Sexualforschung 13, (1958): 55-66, Hrsg.: H. Bürger-Prinz, H. Giese, H. Harmsen, Ferdinand Enke Vlg.

172. RIEPENHAUSEN, K.: Die medizinische Indikation zur Schwangerschaftsunterbrechung bei psychiatrischen und neurologischen Erkrankungen
D.Dtsch.Gesundh.Wes. 1o, (1955): 251-265

173. ROHDEN, F.V.: Über Probleme der legalen Schwangerschaftsunterbrechung in Kriegs- und Nachkriegszeiten
Zbl.Neurol.u.Psych. 125, (1953): 156

174. ROHDEN, F.V.: Statistische Erhebungen über Schwangerschaftsunterbrechungen aus medizinischer Indikation
Dtsch.med.Wschr. 86, (1961): 2245

175. ROHDEN, F.V.: Entwicklung der legalen Schwangerschaftsunterbrechung im Bundesgebiet der Nachkriegszeit
Ärztl.Mitt. 4o, (1962): 1139-115o

176. ROTH, F.: Kritische Betrachtung zur heutigen Praxis der Schwangerschaftsunterbrechung
Schw.med.Wschr. 88, (1958): 1251-1255

177. RUMPF, E. und W. NOELL: Über abgelehnte Anträge auf Schwangerschaftsunterbrechung
Münch.med.Wschr. 92, (1950): 947-950

178. RUNNE, H.-J.: Über Wachstumsänderung maligner Tumoren bei Gravidität
Beitr.klin.Chir. 183, (1951): 339-347

179. SANDRITTER, W.: Histopathologie (1971): 228
F.K.Schattauer Vlg. Stuttgart (1971)
4. Aufl.

180. SAREMBE, B. und H. SPIES: Kritische Bewertung der Schwangerschaftsunterbrechung mit dem Vakuumexhauster unter besonderer Berücksichtigung des Blutverlustes
D.Dtsch.Gesundh.Wes. 22, (1967): 2225-2228

181. SCHEINBERG, C.: The Demyelinating Diseases
in: Textbook of Medicine (1967): 1599-1603
Cecil Loeb Edited by: P.B. Beeson a. W. Mc Dermott, W.B. Saunders Comp. Phil. and London (1967)

182. SCHNEIDER, H.: Die Begutachtung der Schwangerschaftsunterbrechung
Schw.Arch.f.Neurol.u.Psych. 51, (1943): 199-221

183. SCHORSCH, E. und E. MÜLLER-NEFF: Psychiatrische Untersuchungen an Wöchnerinnen
in: Psychiatrie und Neurologie der Schwangerschaft (1968): 94-109
Hrsg.: H. Bürger-Prinz, P.-A. Fischer, Ferdinand Enke Vlg. Stuttgart

184. SCHRAPPE, O.: Psychiatrische Erkrankungen während der Gravidität
in: Psychiatrie und Neurologie der Schwangerschaft (1968): 57-66, Hrsg.: H. Bürger-Prinz, P.-A. Fischer, Ferdinand Enke Vlg. Stuttgart

185. SCHRÖDER: Indikation der Schwangerschaftsunterbrechung
D.Dtsch.Gesundh.Wes. 13, (1958): 591-592

186. SCHUBERT, J.: Zur Wirkung kleinster Strahlendosen auf menschliche Embryonen
Dtsch.med.Wschr. 85, (1960): 213-216

187. SCHULTE, W., M. SCHULTE und S. SCHULTE: Unerwünschte Schwangerschaft
Georg Thieme Vlg. Stuttgart (1969)

188. SCHULTE-BRINKMANN, W.: Zur Frage teratogener Fruchtschädigung durch Röntgendiagnostik
Dtsch.med.Wschr. 91, (1966): 2209

189. SCHULTZ, W.: Tagungsbericht: 60. Tagung der Nordwestdeutschen Gesellschaft für innere Medizin vom 24.-26.1.1963 in Hamburg
Med.Klinik 58, (1963): 1394

190. SCHWALM, G.: Sterilisation und Kastration in strafrechtlicher Sicht
Med.Klinik 58, (1963): 1976-1978

191. SCHWALM, G.: Rechtsfragen - nochmals zur Sterilisation und Kastration in strafrechtlicher Sicht
Med. Klinik 59, (1964): 1520-1524

192. SCHWALM, G.: Bilanz nach dem Sterilisationsurteil des BGHs
Med. Klinik 61, (1966): 32-34, 72-77

193. SCHWARTZ, H.: Psychiatrische Erfahrungen zur Frage der Schwangerschaftsunterbrechung, insbesondere zum Problem der psychogenen Depression
Zbl.f.Neurol.u.Psych. 112, (1951): 375-376

194. SCHWEITZER, W.: Respekt vor dem keimenden Leben
in: Evgl. Kommentare
Mschr. 4, (1971): 535-537

195. SCHWINGENHEUER, J.: Über Generationspsychosen und reaktive Depression
Arch.f.Psych. 190, (1953): 150-165

196. SEVER, J.L., D.A. FUCCILLO, M.R. GILKESON, A. LEY, and R. TRAUB: Changing Susceptibility to Rubella
Obstet. a. Gyn. 32, (1968): 365-369

197. SIEDLECKI, J.T.: No Hazard From Dental X-ray Exam During Pregnancy
J.A.M.A. 213, (197o): 472

198. SIEGFRIED, S.: Psychiatrische Untersuchungen über die Folgen der künstlichen Schwangerschaftsunterbrechung
Schw.Arch.f.Neurol.u.Psych. 67, (1951): 365

199. SIEGMUND, H.: Krebswachstum in der Schwangerschaft
Zbl.Allg.Pathol.u.patholog.Anat. 91, (1954): 393-398

2oo. SIMSON, G.: Schwedens Weg bei der Neuregelung der Schwangerschaftsunterbrechung
Dtsch.med.Wschr. 76, (1951): 1121-1122

2o1. SIMSON, G.: Die legale Schwangerschaftsunterbrechung in Schweden und ihre Praxis
in: Sexualität und Verbrechen (1963): 199-217, Hrsg.: H. Bürger-Prinz, F. Bauer, H. Giese, H. Jäger, Fischer Bücherei K.G. Frankfurt a.M.

2o2. SKINNER, W.E.: Routine Rubella Antibody Titer Determin. in Pregnancy
Obstet. a. Gyn. 33, (1969): 3o1-3o5

2o3. SMOLIK, E.A., F.P. NASH, and J.W. CLAUSON: Neurological and Neurosurgical Complicat. Assoziated with Pregnancy and the Puerperium
Zbl.f.Neurol.u.Psych. 144, (1958): 188-189

2o4. SOKAL, J.E., and E.M. LESSMANN: Effects of Cancer Chemotherapeutic Agents on the Human Fetus
J.A.M.A. 172, (196o): 1765-1771

2o5. SPANN, W.: Ärztliche Rechts- und Standeskunde (1962): 282-287, J.F.Lehmanns Vlg. München

2o6. SPINDLER, H.: Schädigung durch Röntgen- und Radiumstrahlen
Dtsch.med.Wschr. 55, (1929): 1417-1418

2o7. STAMMBERGER, W.: Die ärztliche Tätigkeit im Blickfeld der deutschen Strafrechtsreform
Ärztl.Mitt. (1962): 7oo-7o2

2o8. STAUDER, K.H.: Die tödliche Katatonie
Arch.Psych. 1o2, (1934): 614-634

2o9. STEINMÜLLER, M.: Röntgentherapie in der Schwangerschaft
Gbtsh.u.Frauenkl. 21, (1961): 392

21o. STEWARTS, H.-L.jr., and R.W. MONTO: Hodgkin's Disease and Pregnancy
Am.J.Obstet.Gyn. 63, (1952): 57o-578

211. STOKER, M.G.P.: Latent Infections with Viruses and Rickettsiae
Brit.Med.J. (1957): 963-968

212. STOLTENHOFF, A.: Die psychiatrisch-neurologische Indikation zur Schwangerschaftsunterbrechung bei schwerer Erbkrankheit
D.Dtsch.Gesundh.Wes. 1o, (1955): 265-275

213. STONE, A.: Die neue Einstellung in Jugoslawien und in der UdSSR
in: Beiträge zur Sexualforschung 13, (1958): 158-16o, Hrsg.:H.Bürger-Prinz, H.Giese, H.Harmsen, Ferdinand Enke Vlg. Stuttgart

214. STRATENWERTH, G.: Schwangerschaftsunterbrechung
in: Evgl. Soziallexikon (1954): 887-891, Hrsg.: F. Karrenberg Kreuz Vlg. Stuttgart

215. SUNDER-PLASSMANN, P. und T. TIWISINA: Indikation der konservativen und operativen Behandlung der Subarachnoidalblutung
Dtsch.med.Wschr. 82, (1957): 2o96-2o99

216. TARNOW, G.: Hirntumor und Schwangerschaft
Zbl.Neurochir. 2o, (196o): 134-158

217. THIELICKE, H.: Theologische Ethik II, 2 , (1958): 1447 und III, (1964): 2721-2797 J.C.B. Mohr Vlg. Tübingen

218. TÖNDURY, G.: Erkrankung des Fötus bei Graviditäts-poliomyelitis Dtsch.med.Wschr. 77, (1952): 1211-1213

219. TÖNDURY, G.: Über Infektionsweg und Pathogenese der Viruserkrankungen des menschlichen Keimlings Dtsch.med.Wschr. 87, (1962): 2561-2566

22o. TÖNDURY, G.: Die Gefährdung des menschlichen Keimlings in den ersten Wochen der Schwangerschaft. Wiener klin.Wschr. 75, (1963): 869-872

221. TÖNDURY, G.: Die Gefährdung des menschlichen Keimlings durch Viren Gbtsh.u.Frauenkl. 25, (1965): 997-1o28

222. TÖNNIS, W.: Diagnostik der intrakraniellen Geschwulst"Spongioblastome, Ependymome und Medulloblastome" Hdb.der Neurochirg. 4, III, (1962): 39, Springer Vlg. Berlin-Göttingen-Heidelberg

223. TÖNNIS, W.: Hirntumor und Schwangerschaft Hdb. der Neurochirurg. 4, III, (1962): 312-316

224. TRAENKNER, K.: Das Sterilisations- und Defertilisationsproblem nach geltendem Recht Fortschr.d.Neurol.u.Psych. 21, (1953): 239-25o

225. TRAUTMANN, J. und C. KRAFT: Die Schädigung der in utero heranreifenden Frucht durch ionisierende Strahlen Med.Klinik 56, (1961): 465-471

226. TRUMPY, J.H.: Subarachnoid Hemorrhage and Pregnancy Zbl.f.Neurol.u.Psych. 193, (1968): 177

227. UHLIG, H.: Mißbildung und Frühgeburt nach Abtreibung in: Beiträge zur Sexualforschung 13, (1958): 1o7-11o, Hrsg.: H.Bürger-Prinz, H. Giese, H. Harmsen, Ferd.Enke Vlg. Stuttgart

228. VEST, M.: Krankheiten und Mißbildungen der Frucht
in: Richtlinien zur medizinischen Indikation der Schwangerschaftsunterbrechung
Hrsg.: C. Müller u. D. Stucki, Springer Vlg. Berlin-Göttingen-Heidelberg

229. VIALETTO, E.: Gravidanza e tumori del sitema nervoso
Zbl.f.Neurol.u.Psych. 12o,(1952): 146

23o. VOGEL, G.: Was wissen wir von der Seele
Paul Pattloch Vlg. Aschaffenburg 1963

231. WALTON, J.: Subarachnoid Haemorrhage
Brit.Med.J. (1953): 869-871

232. WARKANY, J., P.H. BEAUDRY, and S. HORNSTEIN: Attempted Abortion with Aminopterin (4-Amino-Pteroyl-glutamic Acid)
A.M.A.J. of Diseas.of Childr. 97, (1959): 274-281

233. WEICKER, H., K.D. BACHMANN, P.A. PFEIFFER und J. GLEISS: Thalidomid - Embryopathie
Dtsch.med.Wschr. 87, (1962): 1597-16o7

234. WEICKMANN, F.: Spezielle angiographische Diagnose zerebraler Gefäßprozesse - neurochirurg. Therapie
in: Die zerebrale Durchblutungsstörung des Erwachsenenalters (1969): 421, 448, 978, Hrsg.: J. Quandt, Vlg. Volk u. Gesundh. Berlin 2. Aufl.

235. WEISSER, G.: Die medizinisch angezeigte Schwangerschaftsunterbrechung in der Rechtsprechung des BGH.
Zbl.f.Neurol.u.Psych. 127, (1954): 189

236. WICHTEL, O.: Ionisierende Strahlen
Wiener klin.Wschr. 77, (1965): 313-318

237. WILSON, M.G.: The Effect of Maternal Medications Upon the Fetus and the Newborn Infant
Am.J.Obstet.a.Gyn. 83, (1962): 818-825

238. WOESNER, H.: Das Gerede vom Mord am Ungeborenen
Ztschr.: Spiegel 25, Nr. 17 (1971): 77-82

239. WOLF, G.: Das Syndrom der Subarachnoidalblutung, die i.k.r. Aneurysmen und Angiome, sowie die Hämatome und Gefäßerkrankungen im Bereich der harten Hirnhäute
Fortschr.d.Neurol.u.Psych. 28, (196o): 363-4o4

24o. WOLF, G.: Sinusthrombosen im Wochenbett
Tägl.Praxis 4, (1963): 371-374

241. WOLF, G.: Die spontane intrakranielle Blutung
Med.Welt 22, (1971): 523-532

242. WOLF, G.: Langfristige Beobachtungen bei Kranken mit Subarachnoidalblutung
Nervenarzt 34, (1963): 73-76

243. WOLTER, E. und W. ROESLER: Probleme und Erfahrung bei der Begutachtung und Durchführung von Schwangerschaftsunterbrechung
D.Dtsch.Gesundh.Wes. 11, (1956): 592-596

244. WOOD, M.W., and H. J. SVIEN: Intracranial Hemorrhage in Cerebral Arteriovenous Anomalies
Arch.of.Neurol.u.Psych. 8o, (1958): 17o-172

245. WYSS, R.: Die psychiatrische Indikation zur Schwangerschaftsunterbrechung bei nicht geisteskranken Frauen
Schw.med.Wschr. 88, (1958): 1255-1257

246. WYSS, R.: Psychiatrische und neurologische Erkrankung
in: Richtlinien zur medizinischen Indikation der Schwangerschaftsunterbrechung (1964): 92-98, Hrsg.: C.Müller u. D. Stucki, Springer Vlg. Berlin-Göttingen-Heidelberg

247. YOSHIO, K.: Familienleben in Japan
in: Beiträge zur Sexualforschung 13, (1958): 156-157, Hrsg.: H.Bürger-Prinz H.Giese, H.Harmsen, Ferd.Enke Vlg. Stuttgart

248. ZIEGLER, J.G.: Die Moraltheologie Bilanz der Theologie im 2o. Jahrhundert 3, 327, Herder Vlg. Freiburg-Basel-Wien

249. ZOLLIKER, A.: Die nervenärztliche Beurteilung der Schwangerschaftsfähigkeit aus der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich von 1933-1934 (15oo Fälle) Schw.Arch. 4o, (1938): 4o3-4o6

25o. ZÜLCH, K.J.: Biologie und Pathologie der Hirngeschwulst
Hdb. der Neurochirurg. 3, (1956): 11, 13, 118-143, Hrsg.: H. Olivecrona, W. Tönnis, Springer Vlg. Berlin-Heidelberg-New York

251. ZWAHLEN, R.: Unmittelbare psychiatrische Reaktion nach ärztlich indizierter Schwangerschaftsunterbrechung
Schw.Arch.f.Neurol.u.Psych. 98, (1966): 345-386

Zusätzlich verwendete Literatur und Gesetzestexte

252. Bundesgesetzblatt, Hrsg.: Bundesminister der Justiz, Bundesanzeiger-Vlg. Drittes Strafrechtsänderungsgesetz (Str.Änd.G.) BGBl (4.8.1953): 735

253. Encyclopaedia Judaica, Jerusalem Vlg. 1971

254. Entscheidungen des Bundesgerichtshofes in Strafsachen, Hrsg.: Mitglieder des Bundesgerichtshofes und der Bundesanwaltschaft, Carl Heymanns Vlg.K.G. Detmold-Köln-München-Berlin. BGHSt 1, (1951): 14o, 249, 329; 2, (1952): 111; 3, (1953): 7, 228, 242; 4, (1954): 17,23o; 1o (196o): 5; 14, (1964): 1

255. Entscheidungen des Reichsgerichts in Strafsachen (RGSt), Hrsg.: Mitglieder des Gerichtshofes und der Reichsanwaltschaft, Walter de Gruyter u. Co. Berlin-Leipzig, RGSt 61, (1928): 242; 62, (1929): 137; 67, (1934): 2o6; 7o, (1937): 1o7

256. Humanae vitae oder die Freiheit des Gewissens, Hrsg.: von Mitgliedern des Aktionskreises Hum.vit. an der Ruhr Univ. Bochum, Walter Vlg. Alten und Freiburg im Breisgau (1968)

257. Jüdisches Lexikon 4, 2. T. (193o): 292-293, Jüd.Vlg. Berlin 193o

258. Kontrollratsgesetz Nr. 11 (3o.1.1946)
in: Journal Officiel an Concil de Contrôle en Allemagne (Amtsblatt des KR) Berlin Secrétariat Allie (1945-48): 55-

259. Leo XIII (Papa) et Pius XI (Papa), Textus et Documenta Ser.theolog. Romae Univ. Gregoriana (1953) (Litterae encyclicae No.1) Pontificia Univ. Gregoriana

26o. Neue Jur.Wschr. (NJW) 1959: 2o27

261. Reichsgesetzblatt (RGBl), Hrsg.: Reichsminister d. Innern, Reichsverlagsamt Berlin.
Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (sog. ErbgesGes. RGBl (14.7.1933): 529
VO zur Ausführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, RGBl (7.12.1933): 1o21
Änderung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses RGBl (26.3.1935): 773
4. VO zur Ausführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, RGBl (18.7.1935): 1o35
VO zur Verhütung erbkranker Nachkommen u. d. ErbgesGes, RGBl (31.8.1939): 156o

262. When does Life Begin?
J.A.M.A. 214, (197o): 1894 mit Beitrag von Rabbi D. Graubart

Herrn Prof. Dr. med. G. Wolf danke ich für die Überlassung des Themas, die Korrektur der Arbeit und die mir stets freundlich gewährte Unterstützung.

Den Herren Dr. W. Gallmayer, Dekan Kenntmann, Pfr. K. Muthmann und Pater Trilling bin ich für ihre wertvollen Anregungen zu Dank verpflichtet. Frau Hammer, Frau Wolff und meiner Frau danke ich für ihre liebenswerte Hilfe.

LEBENSLAUF

Am 25. Februar 1943 wurde ich, Hans-Werner Böttcher, als Sohn des Industrieunternehmers Johann Böttcher und seiner Ehefrau Alice, geb. Vilm, in Metz (Frankreich) geboren. In Flêtrange (bei Metz) besuchte ich bis 1951 die Grundschule. 1951 siedelte meine Familie nach Mülheim (Ruhr) über, wo ich die Volksschule an der Aktienstraße und anschließend die Realschule besuchte. 1962 erhielt ich das Zeugnis der mittleren Reife. Im selben Jahr begann ich eine Physiklaborantenlehre an dem Max-Planck-Institut für Kohlenforschung in Mülheim (Ruhr). 1965 erhielt ich den Laborantenbrief. Bis 1967 arbeitete ich als Physiklaborant in der Gaschromatographischen Abteilung des Max-Planck-Institutes. Seit 1965 besuchte ich gleichzeitig ein privates Abendgymnasium und erhielt 1967 von dem Prüfungsausschuß des Schulkollegiums beim Regierungspräsidenten in Düsseldorf das Zeugnis der Reife. Anschließend schrieb ich mich für das Wintersemester 1967/68 an der Friedrich-Wilhelm Universität Bonn für das Fach Medizin ein. Im Sommersemester 1968 bestand ich das Vorphysikum, im Wintersemester 1969/7o legte ich das ärztliche Vorexamen ab. Anschließend wechselte ich zur Universität des Saarlandes (Saarbrücken/Homburg) über und werde voraussichtlich im Wintersemester 1972/73 mein Staatsexamen ablegen.